

# ***Bindung und Depressivität***

*Längsschnittliche Zusammenhänge zwischen selbsteinschätzungs-  
basierten Bindungsmerkmalen und depressiven Beschwerden bei  
stationär-gruppenpsychotherapeutisch behandelten Patienten  
versus einer nicht-klinischen Vergleichsgruppe*

**Dissertation**

**zur Erlangung des akademischen Grades**

**doctor philosophiae (Dr. phil.)**

**vorgelegt dem Rat der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften**

**der Friedrich-Schiller-Universität Jena**

**von Dipl.-Psych. Helmut Kirchmann**

**geboren am 14.04.1969 in Kempten/Allgäu**

**Gutachter**

1. Gutachter: Prof. Dr. Bernhard Strauß
2. Gutachter: Prof. Dr. Rolf Steyer

**Tag des Kolloquiums:** 16.12.2009

## Inhaltsverzeichnis

<b>1 Einführung: Problemlage und Relevanz der Fragestellung .....</b>	<b>11</b>
<b>2 Theoretische Grundlagen.....</b>	<b>15</b>
2.1 Depressive Beschwerden .....	15
2.1.1 Klinisches Bild depressiver Störungen und assoziierte Beeinträchtigungsbereiche.....	15
2.1.2 Diagnostische Kategorien und Epidemiologie depressiver Störungen .....	16
2.1.3 Depression versus Depressivität/depressive Beschwerden.....	19
2.1.4 Effektivität der Behandlungsformen depressiver Störungen .....	22
2.1.5 Psychologische Modelle depressiver Störungen .....	27
2.2 Die Bindungstheorie .....	39
2.2.1 Grundlagen der Bindungstheorie .....	39
2.2.2 Konzeptualisierung und Messmethoden von Bindungsmustern bei Erwachsenen.....	43
2.2.3 Stabilität von Bindungsmerkmalen.....	47
2.2.4 Klinische Relevanz von Bindungsmustern .....	52
2.3 Theoretische und empirische Zusammenhänge zwischen Bindungsmerkmalen und depressiven Beschwerden bei Erwachsenen.....	57
<b>3 Fragestellungen und Hypothesen .....</b>	<b>65</b>
<b>4 Methodik.....</b>	<b>67</b>
4.1 Untersuchungsdesign .....	67
4.2 Stichprobenauswahl .....	68
4.3 Messinstrumente .....	69
4.3.1 Messung von Bindungsmerkmalen.....	69
4.3.2 Messung depressiver Beschwerden .....	72
4.3.3 Erhebung belastender Lebensumstände und Ereignisse .....	73
4.4 Statistische Auswertungsverfahren.....	75
4.5 Behandlung fehlender Werte .....	86
<b>5 Ergebnisse.....</b>	<b>92</b>
5.1 Deskription der Stichprobe, Reliabilitätsschätzungen .....	92
5.2 Spezifikation der Messmodelle.....	94
5.3 Analysen von Behandlungseffekten mittels verallgemeinerter Kovarianzanalyse mit <i>Effectlite 3.1.2</i> (Fragestellung 1, Hypothesen 1.1, 1.2 und 1.3) .....	98

5.4	Analysen zur Prädiktion von Veränderungen in depressiven Beschwerden (Fragestellung 2, Hypothesen 2.1 und 2.2).....	105
5.4.1	Messmodelle latenter Veränderungsvariablen.....	105
5.4.2	Prädiktion von Post-Katamnese-Depressivitätsveränderungen durch Bindungsmerkmale zu Beginn der Behandlung (Hypothese 2.1).....	109
5.4.3	Prädiktion von Post-Katamnese-Depressivitätsveränderungen durch Bindungsmerkmale am Ende der Behandlung (Hypothese 2.2).....	112
5.4.4	Prädiktion von Post-Katamnese-Depressivitätsveränderungen durch Prä-Post- Veränderungen in Bindungsmerkmalen .....	113
5.4.5	Prädiktion von Depressivitätsveränderungen in der Vergleichsgruppe durch zeitlich vorgeordnete Bindungsmerkmale .....	115
<b>6</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>118</b>
<b>7</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>133</b>
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>135</b>
<b>9</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>156</b>
9.1	Psychoanalytische Erklärungsansätze depressiver Störungen.....	156
9.2	Informationsblatt für die Patientengruppe zum Beginn der Behandlung .....	159
9.3	Einverständniserklärung der Untersuchungsteilnehmer .....	160
9.4	Fragebogenformat des Bielefelder Fragebogens zu Partnerschaftserwartungen (BFPE) .....	161
9.5	Fragebogenformat des Bindungsfragebogens (BinFB) .....	163
9.6	Fragebogenformat des Relationship Scales Questionnaire (RSQ) .....	164
9.7	Fragebogenformat der Allgemeinen Depressionsskala (ADS).....	165
9.8	Fragebogenformat der Münchner Ereignisliste (MEL) .....	166
9.9	Fragebogenformat: Erhebung soziodemografischer Angaben .....	176
9.10	Struktur der LISREL-Syntax zur Analyse der gruppenspezifischen Messmodelle (vgl. Abb. 16).....	177
9.11	Struktur der LISREL-Syntax zur Analyse von Gruppenunterschieden in den Messmodellen (vgl. Abb. 16) .....	178
9.12	Struktur der LISREL-Syntax zur Analyse der gruppenspezifischen Differenzvariablen-Messmodelle (vgl. Abb. 17).....	180
9.13	Analysen von individuellen Veränderungen über die Zeit in der Substichprobe: Arztpraxispatienten Weimar ( $N = 112$ ) .....	181

9.14 Struktur der LISREL-Syntax zur Analyse von Katamnese-Post-Veränderungen in depressiven Beschwerden durch Bindungsmerkmale zu Beginn der Behandlung (vgl. Abb. 18).....	182
9.15 Koeffizienten (standardisierte Lösung) der Modelle zur Prädiktion von Veränderungen in depressiven Beschwerden durch Bindungsmerkmale zu Beginn der Behandlung.....	183
9.16 Struktur der LISREL-Syntax zur Analyse von Katamnese-Post-Veränderungen in depressiven Beschwerden durch Bindungsmerkmale am Ende der Behandlung (vgl. Abb. 19).....	184
9.17 Koeffizienten (standardisierte Lösung) der Modelle zur Prädiktion von Veränderungen in depressiven Beschwerden durch Bindungsmerkmale zum Ende der Behandlung.....	186
9.18 Struktur der LISREL-Syntax zur Analyse von Katamnese-Post-Veränderungen in depressiven Beschwerden durch Post-Prä-Veränderungen in Bindungsmerkmalen (vgl. Abb. 20).....	187
9.19 Koeffizienten (standardisierte Lösung) der Modelle zur Prädiktion von Veränderungen in depressiven Beschwerden durch Post-Prä-Differenzen in Bindungsmerkmale.....	189
9.20 Koeffizienten (standardisierte Lösung) der Modelle zur Prädiktion von Veränderungen in depressiven Beschwerden durch Bindungsmerkmale in der Vergleichsgruppe.....	190
9.21 Vergleich der Varianzen der latenten Differenzvariablen zwischen der Patientengruppe, der Vergleichsgruppe und der Substichprobe der 80 am stärksten depressiven Probanden aus der Vergleichsgruppe.....	191
9.22 Prädiktion von Post-Katamnese-Depressivitätsveränderungen in der Substichprobe der 80 am stärksten depressiven Probanden aus der Vergleichsgruppe.....	192

## Abbildungen

Abb. 1:	Schema depressiver Beschwerden in Abhängigkeit der Merkmalsdimensionen Schweregrad und Zeitdauer.....	19
Abb. 2:	Vereinfachte Pfaddiagrammdarstellung der Ergebnislage zu Zusammenhängen zwischen depressiogenen Lebensumständen/-ereignissen und depressiven Störungen. ....	32
Abb. 3:	Vereinfachte Pfaddiagrammdarstellung der Annahmen der Kognitiven Theorie der Depression nach Beck.....	34
Abb. 4:	Vereinfachte Pfaddiagrammdarstellung der Annahmen der Theorie der erlernten Hilflosigkeit/Hoffnungslosigkeit nach Seligman & Abramson.....	36
Abb. 5:	Vereinfachte Pfaddiagrammdarstellung der Annahmen des verhaltenstheoretischen Verstärker-Defizit-Modells nach Lewinsohn.....	38
Abb. 6:	Verdeutlichung der klassischen drei Bindungstypen am Bild einer Waage. ....	42
Abb. 7:	Bindungstypen als 4-Felder Schema auf dem Hintergrund der Bedürfnisse nach Bindung vs. Exploration (durchgezogene Kästen bezeichnen inhaltliche Dimensionen der Selbsteinschätzungstradition, gestrichelte Kästen sprachliche Aspekte der Fremdeinschätzungstradition).....	46
Abb. 8:	Allgemeines bindungstheoretisches Entstehungsmodell psychopathologischer Symptome. ....	55
Abb. 9:	Integratives bindungstheoretisch orientiertes Ätiopathogenesemodell depressiver Beschwerden. ....	57
Abb. 10:	Übersicht über die Messgelegenheiten in der Patientengruppe. ....	67
Abb. 11:	Grafische Veranschaulichung der Parametrisierung in <i>EffectLite</i> . ....	82
Abb. 12:	Messmodell-Differenzvariablen- Parametrisierung. ....	86
Abb. 13:	Strukturmodell-Differenzvariablen- Parametrisierung. ....	86
Abb. 14:	Vergleich der Mittelwertverläufe vom Beginn zur Mitte der Behandlung zwischen der Gruppe der Mitte-Post-Therapieabbrecher (Attrition-Gruppe) versus Mitte-Post-Komplettierer (Verlaufsgraphen basieren auf transformierten Werten $[(Y - Y_{\text{prä}})/SD_{\text{prä}}]$ . ....	90
Abb. 15:	Vergleich der Verteilungen von Mitte-Prä-Differenzwerten zwischen der Gruppe der Mitte-Post-Therapieabbrecher (Attrition) versus Mitte-Post- Komplettierer. ....	91
Abb. 16:	Messmodell mit Faktorladungen = 1 und MEcom-Methodenfaktor (MF). ....	95

Abb. 17: Messmodell zur Analyse von interindividuellen Unterschieden in intraindividuellen Veränderungen.....	105
Abb. 18: Pfaddiagramm zur Analyse von Post-Katamnese-Veränderungen in depressiven Beschwerden durch Bindungsmerkmale zu Beginn der Behandlung. ....	110
Abb. 19: Pfaddiagramm zur Analyse von Post-Katamnese-Veränderungen in depressiven Beschwerden durch Bindungsmerkmale am Ende der Behandlung. ....	112
Abb. 20: Pfaddiagramm zur Analyse von Post-Katamnese-Veränderungen in depressiven Beschwerden durch Prä-Post-Veränderungen in Bindungsmerkmalen. ....	114
Abb. 21: Pfaddiagramm zur Analyse von Veränderungen in depressiven Beschwerden in der Vergleichsgruppe durch zeitlich vorgeordnete Bindungsmerkmale.....	116

## Tabellen

Tab.1:	Überblick über nicht-klinische Studien, die relativ kurzfristige (max. zwei Jahre) Veränderungen in Bindungsmustern zwischen zwei Zeitpunkten (T1, T2) im Rahmen von Lebensübergängen oder kritischen Lebensereignissen untersuchen. ....	49
Tab. 2:	Prozentuale Häufigkeiten der Dreifach-Klassifikation des Adult-Attachment-Interviews in nicht-klinischen und klinischen Stichproben. ....	53
Tab. 3:	Querschnittliche Zusammenhänge (Korrelationen) zwischen Depressivität und dimensional Skalen unsicherer Bindung bei Erwachsenen. ....	58
Tab. 4:	Querschnittliche Zusammenhänge (Mittelwertunterschiede) zwischen Depressivität und Kategorien unsicherer Bindung bei Erwachsenen. ....	59
Tab. 5:	Prospektive Studien zur Prädiktion depressiver Beschwerden durch Bindungsmerkmale bei Erwachsenen. ....	60
Tab 6:	Studien zur Mediation des Zusammenhanges zwischen depressiven Beschwerden und Bindungsmerkmalen bei Erwachsenen. ....	62
Tab. 7:	Bivariate Korrelationen zwischen Bindungsmerkmalen und Konstrukten, die als Mediatoren modelliert wurden. ....	63
Tab. 8:	Anzahl der Untersuchungsteilnehmer in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit und der Messgelegenheit. ....	69
Tab. 9:	Absolute Häufigkeiten (Prozentangaben) des Dropouts/Attrition zwischen den Messgelegenheiten. ....	87
Tab. 10:	Soziodemografische/soziale Angaben in der Patienten- und der Vergleichsgruppe. ....	92
Tab. 11:	Variablendeskription der Gesamtskalen der zentralen Konstrukte. ....	93
Tab. 12:	Fit-Indizes für die Messmodelle separat für die Patienten- und Vergleichsgruppe. ....	95
Tab. 13:	Vergleich der Varianzen der latenten Variablen zwischen der Patienten- und der Vergleichsgruppe. ....	96
Tab. 14:	Vergleich der Mittelwerte und Korrelationen der latenten Variablen zwischen der Patienten- und der Vergleichsgruppe über die Messgelegenheiten. ....	97
Tab. 15:	Durchschnittliche Prä-Post-Behandlungseffekte unter Berücksichtigung von als bedeutsam identifizierten Kovariaten. ....	99
Tab. 16:	Separat berechnete durchschnittliche Prä-Post-Behandlungseffekte für die Patienten- und die Vergleichsgruppe. ....	101



Tab. 17: Durchschnittliche Post-Katamnese-Behandlungseffekte in der Patientengruppe unter Berücksichtigung von als bedeutsam identifizierten Kovariaten. ....	102
Tab. 18: Durchschnittlicher Prä-Katamnese-Behandlungseffekt unter Berücksichtigung von als bedeutsam identifizierten Kovariaten in der Patientengruppe. ....	104
Tab. 19: Analysen von individuellen Veränderungen über die Zeit in der Patientengruppe. ....	107
Tab. 20: Analysen von individuellen Veränderungen über die Zeit in der Vergleichsgruppe. ....	107
Tab. 21: Vergleich der individuellen Veränderungen über die Zeit zwischen der Patienten- und der Vergleichsgruppe. ....	108
Tab. 22: Prädiktion von Post-Katamnese-Depressivitätsveränderungen in der Interventionsgruppe durch Bindungsmerkmale zu Beginn der Behandlung. ....	111
Tab. 23: Prädiktion von Post-Katamnese-Depressivitätsveränderungen in der Interventionsgruppe durch Bindungsmerkmale am Ende der Behandlung. ....	113
Tab. 24: Prädiktion von Post-Katamnese-Depressivitätsveränderungen in der Patientengruppe durch Prä-Post-Veränderungen in Bindungsmerkmalen. ....	115
Tab. 25: Prädiktion von Post-Katamnese-Depressivitätsveränderungen in der Vergleichsgruppe durch Bindungsmerkmale zu Beginn der Behandlung. ....	117
Tab. 26: Prozentuale Verteilung der mit dem BFPE ermittelten klassischen Bindungskategorien über die Messgelegenheiten hinweg. ....	122

## **Danksagung**

Mein besonderer Dank gilt meinen beiden Betreuern Herrn Prof. Bernhard Strauß und Herrn Prof. Rolf Steyer, ohne die ich diese Arbeit nicht hätte fertig stellen können.

Bernhard Strauß danke ich für seine inhaltlich-klinischen Anregungen und seine Unterstützung in allen möglichen praktischen Angelegenheiten. Rolf Steyer möchte ich danken für die ohne Zeitdruck möglichen forschungsmethodischen Konsultationen und darüber hinaus – auch als sein ehemaliger Student – für seine hervorragende Lehre und Schulung im präzisen, wissenschaftlichen Denken.

Weiterhin gilt mein Dank den kooperierenden psychotherapeutischen Einrichtungen, der Rhein-Klinik in Bad Honnef (Fachabteilung Psychosomatik/Psychotherapie), dem Universitätsklinikum Jena (verhaltenstherapeutische Station der Psychiatrie und die Abteilung Internistische Psychotherapie der Klinik für Innere Medizin), der Asklepios Fachklinik Stadtroda (Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) und dem Universitätsklinikum Dresden (Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik).

Schließlich möchte ich mich bei allen Untersuchungsteilnehmern und insbesondere den Patientinnen und Patienten danken, die die Mühe auf sich genommen haben, die langen Fragebögen geduldig auszufüllen.

Ein ganz besonderer Dank gilt meinem lieben Sohn Ferdinand, der die letzten Wochen gegenüber seinem viel arbeitenden Vater so verständnis- und rücksichtsvoll war.

## 1 Einführung: Problemlage und Relevanz der Fragestellung

In den beiden international gebräuchlichen Diagnosesystemen psychischer Störungen ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2006) und DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003) umfasst die Kategorie der Affektiven Störungen im Wesentlichen die Gruppe der unipolaren und die der bipolaren Störungen. Diese beiden nosologischen Kategorien können hinsichtlich ihrer diagnostischen Merkmale und ihrer Responsivität auf bestimmte Therapiemaßnahmen klar differenziert werden. Auch hinsichtlich wissenschaftlicher Ätiopathogenesemodelle bestehen beträchtliche Unterschiede. Die nachfolgende Arbeit befasst sich ausschließlich mit unipolaren affektiven Störungen. Zur besseren Lesbarkeit wird zu deren Bezeichnung die auch in der wissenschaftlichen Literatur gebräuchlichen Termini „Depressionen“ oder „depressive Störungen“ verwendet.

Depressive Störungen bilden gegenwärtig in westlichen Industriestaaten ein sehr häufig auftretendes Spektrum psychischer Erkrankungen und stellen einen besorgniserregenden individuellen und gesellschaftsrelevanten Problembereich dar. In der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen Global Burden of Disease Study (Murray & Lopez, 1996), die zukünftige Entwicklungen des Gesundheitszustandes der Weltbevölkerung auf der Grundlage gegenwärtiger Krankheitshäufigkeiten und einer Fülle potentiell relevanter Einflussvariablen extrapoliert, wurde der Schluss gezogen, dass depressive Störungen bezüglich der Anzahl und Schwere gesundheitlich beeinträchtigter Lebensjahre im Erwachsenenalter unter allen ICD-10-Erkrankungen sowie einer Liste von „Injuries“ (z. B. Verkehrsunfälle, Kriege) vom vierten Platz im Jahre 1990 auf die zweite Stelle bis zum Jahre 2020 vorrücken werden (erste Stelle bei Frauen; fünfte bei Männern). Dieses hohe Ranking depressiver Erkrankungen ist das Resultat der depressionsspezifischen Kombination einerseits aus verlaufsformalen Merkmalen wie hohe Lebenszeitprävalenz, vergleichsweise frühes Ersterkrankungsalter sowie hohe Chronizität und andererseits schwerwiegenden biopsychosozialen Beeinträchtigungen wie verringertes subjektives Wohlbefinden, vermehrte psychosomatische Beschwerden, Tendenz zu chronischen Verläufen von komorbiden Erkrankungen, Einschränkungen im leistungsbezogenen Funktionsniveau und in der Qualität und Quantität des sozialen Netzwerkes.

Neben der Beeinträchtigung an individueller Lebensqualität ist von hohen volkswirtschaftlichen Kosten auszugehen. Salize et al. (2004) berechneten für einen Patienten mit einer depressiven Störung in Deutschland durchschnittliche jährliche Versorgungskosten durch das Gesundheitssystem in Höhe von 2541 € (nur Depressionsbehandlung; die Kosten der medizinische Gesamtbehandlung inklusive nicht-depressionsspezifischer Behandlungskosten belie-

fen sich bei depressiven Patienten auf 4715 €), was bei etwa 5 Millionen klinisch relevant depressiven Personen in der deutschen Bevölkerung (Wittchen & Jacobi, 2006) einem potentiellen Betrag von 12.7 Mrd. € direkte Behandlungskosten pro Jahr entspricht<sup>1</sup>. Schätzungen, die auch indirekte Kosten wie etwa Arbeits-Produktivitätseinbußen und Verwaltungsausgaben berücksichtigten, ergaben für Deutschland volkswirtschaftliche Kosten in Höhe von knapp 36 Milliarden € pro Jahr (Andlin-Sobocki, Jönsson, Wittchen & Olesen, 2005).

Weiterhin besorgniserregend ist die nunmehr wiederholt belegte Beobachtung, dass sich die Prävalenzen depressiver Störungen sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche in den letzten Dekaden ausgedehnt haben. Einerseits nehmen die Häufigkeiten depressiver Erkrankungen in den einzelnen Altersabschnitten zu, weiterhin ist ein Vorrücken des Ersterkrankungsalters zu beobachten (siehe Abschnitt 2.1.2).

Derzeit werden in Deutschland die meisten Personen mit depressiven Störungen ausschließlich medikamentös behandelt. Jacobi, Höfler, Meister und Wittchen (2002) untersuchten die Prävalenzen depressiver Störungen und deren Behandlungen in 633 deutschen Hausarztpraxen. Etwa 11 % der Hausarztpatienten litten unter einer depressiven Störung, davon wurden etwa 70 % korrekt vom Hausarzt erkannt. Von diesen wurden etwa 16 % der Fälle an einen Spezialisten überwiesen (Psychiater, Neurologe, psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut), etwa 11 % erhielten ein hausärztliches Beratungsgespräch ohne weitere Behandlung und knapp 75 % wurden ausschließlich medikamentös behandelt<sup>2</sup>.

Auch wenn für pharmakologische Depressionsbehandlungen kurzfristig gute Erfolge berichtet wurden, so müssen rein medikamentöse Behandlungen – auch mit neueren Antidepressiva – doch kritisch gesehen werden (siehe ausführlich Abschnitt 2.1.4), da in der Regel unerwünschte Nebenwirkungen auftreten, eine längerfristig hohe Rate an Therapieabbruchern und Non-Compliance besteht und – besonders schwerwiegend – mit einer hohen Rückfallquote insbesondere nach Absetzen der Medikation zu rechnen ist, selbst nach langjähriger medikamentöser Rezidivprophylaxe. Zudem wurden für den Bereich der Antidepressiva-Forschung methodische Unzulänglichkeiten moniert sowie eine stark selektive Publikationspraxis, die in der Vergangenheit zu einer systematischen Überschätzung der Effekte medikamentöser Depressionsbehandlungen geführt hätten (vgl. 2.1.4).

Angesichts der bestehenden Unzulänglichkeiten medikamentöser Depressionstherapien liegt es nahe, psychologische Interventionen und Ätiologiemodelle zu betrachten, um der in-

---

<sup>1</sup> Allerdings werden in Deutschland nur ca. 50 % der Menschen mit krankheitswertigen depressiven Beschwerden durch das Gesundheitssystem erfasst und entsprechend versorgt (Friemel, Bernert, Angermeyer & König, 2005; Wittchen & Jacobi, 2001).

dividuellen und gesellschaftlichen Problematik depressiver Störungen entgegenzutreten zu können. Es existieren sehr heterogene psychologische Erklärungsansätze depressiver Ätiopathogenese sowohl in Bezug auf ihren Fokus (z. B. dysfunktionale Denk- und Erwartungsmuster, Verlust an Verstärkern, eingeschränkte Problemlösefähigkeiten, psychosoziale Belastungen) als auch ihren Grad an theoretischer Elaboration und empirischer Bewährtheit (vgl. Abschnitt 2.1.5). Diese Erklärungsansätze entstammen unterschiedlichen Forschungstraditionen und stehen weitgehend unverbunden nebeneinander, obwohl sich theoretische Querbezüge zwischen den Modellen leicht herstellen lassen (z. B. Gotlib & Hammen, 1992). Nach Hautzinger (1998) sind diese Erklärungsansätze auch weniger als konkurrierende, sich wechselseitig ausschließende Modelle aufzufassen, sondern als unterschiedliche, sich ergänzende Blickwinkel.

Das Spektrum psychotherapeutischer Behandlungsansätze depressiver Störungen ist ebenfalls vielfältig. Therapievergleichende Studien ergaben in der Regel, dass konzeptionell hoch divergierende Psychotherapieansätze vergleichbare Erfolge bei der Behandlung depressiver Störungen erzielen konnten, die über Spontanremissionen und Placebowirkungen hinausgingen, kurzfristig etwa in Höhe pharmakologischer Behandlungen lagen, langfristig diesen aber häufig überlegen waren. Allerdings erbrachten auch psychotherapeutische Behandlungen insgesamt eher geringe Nettoeffektstärken (Effektstärken in Relation zu unbehandelten Kontrollgruppen) und wurden zudem – wenn auch in geringerem Maße wie pharmakologische Behandlungen – von beträchtlichen Therapieabbruch- und Rückfallraten begleitet (siehe ausführlich Abschnitt 2.1.4.2).

Somit ist zu konstatieren, dass die Heterogenität psychologischer Erklärungsansätze sowie die weitgehend äquifinale aber wenig zufrieden stellende Wirkung unterschiedlicher Psychotherapieformen auf ein komplexes System multipler Determiniertheit der Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Erkrankungen hindeuten. Aus anwendungsbezogener Perspektive scheint das Potential psychologischer Interventionen im Bereich der Psychotherapie depressiver Störungen bislang nicht optimal ausgeschöpft zu werden. Dies gilt auch für gezielte primär- und sekundärpräventive Maßnahmen gegen die Entstehung depressiver Störungen, die in Deutschland bislang kaum implementiert und evaluiert wurden. Zwar sind insbesondere in den USA und den Niederlanden Präventionsmaßnahmen durchgeführt und evaluiert worden, die eine Reduktion bestehender depressiver Beschwerden bewirken konnten, doch eine Verringerung der Inzidenzrate gelang häufig nicht (Munoz, Le, Clarke & Jaycox, 2002).

Auf dem Hintergrund hoher und sich ausweitender Prävalenzen depressiver Störungen und

---

<sup>2</sup> Davon ca. 65 % mit Antidepressiva, knapp 20 % mit pflanzlichen Präparaten, 9 % mit Sedativa und etwa 5 % mit Neuroleptika.

der unbefriedigenden Behandlungs- bzw. Präventionspraxis erscheint weitere psychologische Depressionsforschung vonnöten, um die Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen besser verstehen und entsprechende Interventionsmaßnahmen entwickeln zu können. Besonders wünschenswert wären hierbei Erkenntnisse, die dabei hilfreich sind, bestehende Erklärungs- und Behandlungsansätze in einen kohärenten theoretischen Rahmen zu integrieren, wodurch weitere Fortschritte bzgl. des Verständnisses kausaler Zusammenhänge depressiver Störungen sowie der Optimierung von Interventionsansätzen möglich scheinen.

Eine gravierende Schwierigkeit der depressionsbezogenen psychologischen Forschung ergibt sich aus dem Problem der unklaren kausalen Vorgeordnetheit korrelierender psychologischer Merkmale (vgl. Steyer, 1992). Insbesondere bei psychopathologiebezogener Forschung scheint es schwierig, zwischen bedingenden (kausal vorgeordneten, Psychopathologie bewirkenden) und bedingten (kausal nachgeordneten, Psychopathologie abbildenden) Variablen zu differenzieren, da theoretische Zusammenhänge häufig komplex und zirkulär (Circulus-Vitiosus Modelle) und experimentelle Manipulationen häufig nicht möglich oder von fragwürdiger externaler Validität sind. Die häufigsten Studien zur Überprüfung ätiologischer Annahmen wurden in Form querschnittlicher Untersuchungen durchgeführt, die in Bezug auf kausale Zusammenhänge allerdings lediglich auf theoretische Plausibilität (logische Vorgeordnetheit) gegründet sind. Demgegenüber weisen prospektive Beobachtungsstudien immerhin eine klare zeitliche Struktur auf, die im Falle der statistischen Kontrolle von Ausgangswerten auch eine Kontrolle potentieller konfundierter Variablen in Bezug auf die Ausgangsmessgelegenheit ermöglicht. Allerdings wurden durch prospektive Depressionsstudien, die zumeist als Zwei-Punkte-Erhebungen vorliegen, in der Regel – wie im Falle der bindungstheoretisch inspirierten Depressionsforschung (vgl. Abschnitt 2.3) – nur schwache Varianzaufklärungen der Kriteriumsvariablen erreicht und vermittelnde kausale Prozesse nicht aufgedeckt, so dass der Ertrag solcher Studien in der Regel lediglich in der Identifikation anwendungsbezogen fragwürdig relevanter Risikofaktoren bestand.

Ein differenziertes und empirisch fundiertes Verständnis des Entstehungs- und Aufrechterhaltungsprozesses psychischer Störungen wäre allerdings wünschenswert, um psychologische Interventionen optimieren oder neu entwerfen zu können. Für den Bereich depressiver Störungen intendiert die vorliegende Arbeit dazu einen Beitrag zu leisten, indem mit dem individuellen Bindungsmuster ein durch empirische Studien identifizierter distaler Risikofaktor für die Entstehung depressiver Beschwerden in den Fokus genommen und untersucht wird, ob eine Modifikation von Bindungsmerkmalen durch psychologische Interventionen ein zielführender Fokus für die Behandlung depressiver Symptome darstellen könnte.

## 2 Theoretische Grundlagen

### 2.1 Depressive Beschwerden

#### 2.1.1 Klinisches Bild depressiver Störungen und assoziierte Beeinträchtigungsbereiche

Unter dem Begriff Depression bzw. depressive Störung (lat. *depressus*: herabgedrückt) werden in Psychiatrie und Klinischer Psychologie Störungsbilder subsumiert, die sich durch eine Beeinträchtigung der Stimmungslage im Sinne von Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Freudlosigkeit und Leere charakterisieren lassen. Depressive Störungen weisen allerdings deutlich syndromalen Charakter auf mit Beeinträchtigungen auf verschiedenen Ebenen des Erlebens und Verhaltens sowie physiologischen Veränderungen:

- (a) *affektiv*: Niedergeschlagenheit; Traurigkeit; Freudlosigkeit; Leere; geringer Selbstwert; Hoffnungslosigkeit; unangemessene Schuldgefühle; Reizbarkeit;
- (b) *motivational*: Energie- und Antriebslosigkeit; Interessenverlust; Entschlussunfähigkeit;
- (c) *kognitiv*: Konzentrationsstörungen; zirkuläres Grübeln; negatives Selbstbild; Selbstvorwürfe; negative Zukunftserwartungen; negatives Weltbild; Suizidgedanken;
- (d) *behavioral*: sozialer Rückzug; psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung; kraftlose, gebeugte Körperhaltung; leise, monotone, verlangsamte Sprache;
- (e) *physiologisch*: Schlaflosigkeit bzw. vermehrter Schlaf; deutlich verminderter oder gesteigerter Appetit; Müdigkeit; Energieverlust.

Diese Auflistung weist auf ein hohes Maß an individueller Beeinträchtigung der Lebensqualität depressiv erkrankter Menschen hin, was für viele Aspekte durch empirische Arbeiten belegt wurde, so etwa bezüglich Beeinträchtigungen des subjektiven Wohlbefindens (Beekman et al., 2002) und der körperlichen Leistungsfähigkeit (Spijker et al., 2004; Hayes, Wells, Sherbourne, Rogers & Spritzer, 1995), vermehrter psychosomatischer Beschwerden (Brähler, Schumacher & Brähler, 2000), Schwierigkeiten im psychosozialen Bereich (z. B. vermehrte interpersonale bzw. Partnerschaftsprobleme; Barrett & Barber, 2007 bzw. Herwig, Wirtz & Bengel, 2004), verringertes soziales Netzwerk (von Arx-Wörth & Hautzinger, 1995), Einbußen im kognitiven Leistungsniveau (Beblo & Herrmann, 2000; Ravnkilde et al. 2002), verringerte Arbeitsleistungen (Martin, Blum, Beach & Roman, 1996), vermehrte Arbeitsfehlzeiten (ESEMEd/MHEDEA 2000 Investigators, 2004) und vermehrte Schul- und Studienabbrüche (Kessler, Foster, Saunders, Stang & Walters, 1997).

### 2.1.2 Diagnostische Kategorien und Epidemiologie depressiver Störungen

Berichte und literarische Beschreibungen depressiver Beschwerden finden sich bereits in Schriften der griechischen Antike, so etwa bei Hippokrates und Aristoteles, damals unter der Bezeichnung *Melancholia* (Jackson, 1986). Mitte des 18. bis zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurde im Zuge der Entwicklung von Klassifikationssystemen psychiatrischer Krankheitsbilder die grundlegende, noch heute gültige Differenzierung der affektiven Störungen in bipolare (*Zyklothymie* bzw. *Manisch-Depressives Irresein*) und unipolare (*Dysthymie* bzw. *Melancholie*) vorgeschlagen (Kahlbaum, 1863; Kraepelin, 1909). Bipolare Störungen bezeichnen hierbei einen Wechsel zwischen manischen und depressiven Phasen, während unipolare Störungen durch das einseitige Auftreten depressiver Beschwerden gekennzeichnet sind und das Spektrum depressiver Störungen im engeren Sinne konstituieren. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, sind diese beiden Störungsgruppen nicht nur nosologisch, sondern auch ätiopathogenetisch und therapeutisch zu differenzieren.

In den beiden aktuellen, international verwendeten diagnostischen Klassifikationsmanualen *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10* (Dilling et al., 2006) und *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV-TR* (Saß et al., 2003) werden übereinstimmend als näher bezeichnete depressive Störungen definiert:

- (a) *Depressive Episode* (ICD-10) bzw. *Major Depression* (DSM-IV) als nahezu tägliches Vorhandensein depressiver Beschwerden in mindestens 5 Symptombereichen über einen Zeitraum von mindestens 2 Wochen.
- (b) *Dysthymia* (ICD-10) bzw. *Dysthyme Störung* (DSM-IV) als Vorhandensein depressiver Beschwerden in mindestens 2 Symptombereichen an mehr als der Hälfte aller Tage ohne längeres (mehr als zweimonatiges) symptomfreies Zeitintervall über einen Zeitraum von mindesten 2 Jahren.

Depressive Störungen können bereits in der Kindheit (Vorschulalter) beginnen und sind entsprechend auch bei Kindern und Jugendlichen zu diagnostizieren. Obwohl die Kernsymptomatik bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sehr ähnlich ist, wird in der Literatur auf alters- bzw. entwicklungsspezifische Charakteristika hingewiesen. Kinder zeigen in schwächerer Ausprägung Niedergeschlagenheit und kognitive Auffälligkeiten, dagegen erhöhte Reizbarkeit und motorische Unruhe (Garber & Horowitz, 2002), wohingegen Jugendliche verstärkt zu Gefühlen von Sinnlosigkeit sowie Alkohol- und Drogenkonsum tendieren (Essau & Conradt, 2008).



Das Ersterkrankungsalter depressiver Störungen zeigt eine beträchtliche Streuung von der Kindheit bis ins hohe Alter. Der Modus liegt dabei zwischen dem 18. und 20., der Median zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr (Saß et al., 2003; WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology, 2000). Epidemiologische Daten sprechen für ein Vorrücken des Ersterkrankungsalters in den letzten Jahrzehnten (Seiffge-Krenke, 2007). Groen und Petermann (2002) gehen davon aus, dass wenigstens jeder zehnte Jugendliche bis zum Eintritt in das Erwachsenenalter mindestens eine depressive Episode erleidet.

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, muss davon ausgegangen werden, dass die Prävalenzen depressiver Störungen in den letzten Jahrzehnten angewachsen sind. Auch wenn die in querschnittlichen Untersuchungen gefundenen, mitunter dramatischen Zuwächse zum Teil auf methodische Schwächen der Studien zurückgeführt werden können (siehe die Diskussion bei Knäuper & Wittchen, 1995), haben mehrere Längsschnittstudien (z. B. Barth et al., 2002; Klerman & Weissman, 1989), teilweise unter Einbezug möglicher Störvariablen (Kessler et al., 1994; Lewinsohn, Rohde, Seeley & Fischer, 1993), entsprechende Kohortenunterschiede aufgedeckt.

Depressive Störungen weisen unter naturalistischen Bedingungen eine hohe Chronizität auf. Bei Kindern und Jugendlichen ist nach Auftreten einer depressiven Episode bei etwa 50 % der Personen innerhalb von 3 Jahren mit mindestens einem Rückfall zu rechnen (Groen & Petermann, 2002). Boland und Keller (2002) fassten in ihrer Überblicksarbeit mehrere Längsschnittstudien zusammen und konstatierten, dass zwar etwa 70 % der erwachsenen Personen, die eine pharmakologische Behandlung erhalten hatten, im Verlauf eines Jahres und ca. 80 % im Verlauf von zwei Jahren nach einer depressiven Episode eine vollständige Remission zeigten, doch in den wenigen, mehrere Jahre abdeckenden längsschnittlichen Erhebungen hohe Rezidivraten vorherrschten: Innerhalb von fünf Jahren entwickelten etwa 60 % der remittierten Personen mindestens eine weitere Episode, nach 10 Jahren etwa 75 % und nach 15 Jahren sogar etwa 85 %. Weiterhin zeigte sich die Tendenz, dass die Rückfallrate mit der Anzahl vorangegangener Episoden stieg und die symptomfreien Intervalle kürzer wurden. Für die Dysthymie liegt der Chronizitätsgrad wahrscheinlich noch höher. In einer Studie von Klein, Schwartz, Rose und Leader (2000) remittierten nach einem Jahr nur etwa 30 % und nach zwei Jahren etwa 35 % pharmakologisch behandelter Patienten. Die Rezidivrate nach 5 Jahren lag bei etwa 45 %.

In Bezug auf die Höhe der Prävalenzschätzungen depressiver Störungen lassen sich deutliche methodenspezifische Unterschiede erkennen, insbesondere zwischen Fragebogen- und Interviewerhebungen, wobei letztere in aller Regel geringere Prävalenzraten erbrachten (Witt-

chen & Jacobi, 2006). Kessler (2002) argumentiert in seiner Überblicksarbeit, dass diese Diskrepanz auf das Vorliegen einer hohen Anzahl subsyndromaler depressiver Symptome in der Allgemeinbevölkerung zurückzuführen sei, wonach viele Menschen, die an depressiven Beschwerden leiden, zwar einen klinisch bedeutsamen Cut-Off-Wert überschreiten, jedoch die Kriterien für eine klinische Diagnose der Depressiven Episode/Major Depression bzw. Dysthymia/Dysthyme Störung im Sinne des ICD-10 bzw. des DSM-IV nicht hinreichend erfüllen. Die nachfolgenden Prävalenzangaben beziehen sich daher auf Schätzungen, die unter Verwendung strukturierter diagnostischer Interviews vorgenommen wurden.

Die Lebenszeitprävalenz, an einer Major Depression oder einer Dysthymen Störung zu erkranken, beträgt in Deutschland ähnlich wie in anderen westlichen, industrialisierten Staaten etwa 14 % bis 18 % (Frauen: 20 – 25 %; Männer: 10 – 12 %; Wittchen & Jacobi, 2006). Die Punktprävalenzen depressiver Störungen steigen bis ins mittlere Erwachsenenalter monoton an und sind bei Kindern (bis 12 Jahren) mit 0.5 % bis 1 % (Steinhausen & Winkler-Metzge, 2003) deutlich geringer ausgeprägt als bei Jugendlichen von 14 bis 18 Jahren (3.5 % bis 5.6 %; Lewinsohn & Essau, 2002; Romano, Tremblay, Vitaro, Zoccolillo & Pagani, 2001).

Die Punktprävalenz für Erwachsene liegt in Deutschland bei 4 % bis 6 % (Frauen: 6 – 8 %; Männer: 3 – 4 % (Jacobi et al, 2004), die 12-Monatsprävalenz bei etwa 11 % (Männer: 7.6 %; Frauen: 14.2 %; Wittchen & Jacobi, 2006). Während im Jugend- und Erwachsenenalter Frauen etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Männer, ist das Geschlechterverhältnis im Kindesalter ausgeglichen. Ebenso unabhängig vom Geschlecht ist das Rückfallrisiko, nach Ansprechen auf eine Depressionsbehandlung wieder an einer depressiven Störung zu erkranken.

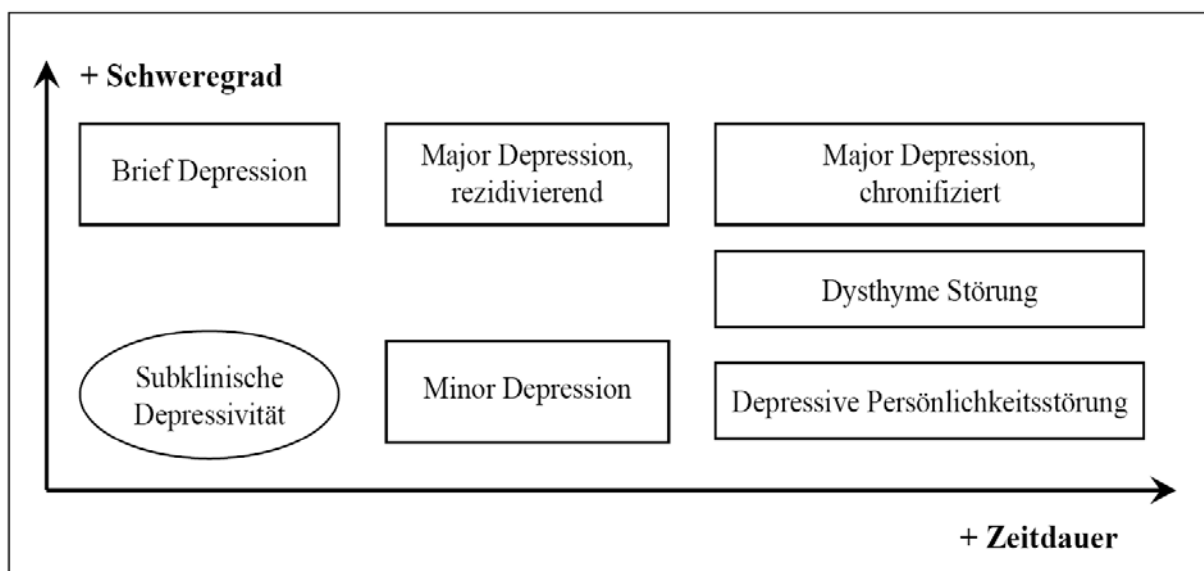
Hinsichtlich der Schätzungen von Prävalenzen depressiver Störungen zeigten sich deutliche nationale Unterschiede, auch wenn die gleichen oder sehr ähnliche Erhebungsmethoden verwendet wurden. Während Schätzungen der Lebenszeitprävalenz auf der Basis vollstrukturierter Interviews sich in einigen Ländern der 20 %-Marke annäherten (z. B. USA, Niederlande, Norwegen) lagen sie für andere knapp unter 10 % (Türkei, Mexiko) oder sogar unter 5 % (etwa Taiwan, Südkorea, Vereinigte Arabische Emirate; vgl. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology, 2000; Wittchen & Jacobi, 2006). Interessanterweise verlieren sich nationenspezifische „depressive Resilienzen“ bei Emigranten (für einen Überblick siehe Tsai & Chentsova-Dutton, 2002).

### 2.1.3 Depression versus Depressivität/depressive Beschwerden

Im DSM-IV sind im Anhang B (*Kriterienlisten und Achsen, die für die weitere Forschung vorgesehen sind*) die drei folgenden depressionsbezogenen Störungskategorien aufgeführt:

- (a) *Leichte depressive Störung (Minor Depression)* als Entsprechung zur Depressiven Episode bzw. Major Depression allerdings mit Beschwerden nur in mindestens 2 bis höchstens 4 Symptombereichen.
- (b) *Rezidivierende kurze depressive Störung (Recurrent Brief Depression)* als Entsprechung zur Depressiven Episode bzw. Major Depression allerdings mit einem Zeitraum von nur weniger als 2 Wochen.
- (c) *Depressive Persönlichkeitsstörung* als Entsprechung zur Dysthymen Störung allerdings mit besonderer Betonung kognitiver Aspekte und Ausklammerung physiologischer Merkmale (Schlaf, Appetit).

Nach dem DSM-IV ist es somit unter Einbezug der für die Forschung definierten diagnostischen Kategorien depressiver Störungen möglich, hinsichtlich der Dimensionen Schweregrad und Zeitdauer der depressiven Symptomatik ein exhaustives Spektrum spezifischer depressiver Zustände zu kodieren, in dessen schematische Darstellung subklinisch erhöhte depressive Beschwerden (subklinische Depressivität) leicht integrierbar erscheinen (vgl. Abb.1).



**Abb. 1:** Schema depressiver Beschwerden in Abhängigkeit der Merkmalsdimensionen Schweregrad und Zeitdauer.

Eine an dieses Schema anknüpfende Frage ist, ob eine solche quantitativ-dimensionale Differenzierung von Depressionen hilfreich ist, depressive Störungen erforschen, verstehen und behandeln zu können, oder ob hierzu qualitative Unterscheidungen geboten sind, wonach etwa die klinische Diagnose einer depressiven Störung grundverschieden zu betrachten ist im Vergleich zu einem Zustand subklinisch depressiver Stimmung. Diese Kontinuitäts-Kontroverse hat wichtige theoretische, methodische und anwendungsbezogene Implikationen: Lassen sich theoretische Modelle und empirische Ergebnisse bezüglich subklinischer depressiver Beschwerden auf die Ätiopathogenese depressiver Störungen übertragen? Ist es in der empirischen Depressionsforschung zu rechtfertigen, Personen mit unterschiedlichem Depressionsstatus (etwa subklinisch, Major Depression, Dysthymia) zu einer Gesamtstichprobe zu vereinen? Ist es sinnvoll bestimmte Behandlungsansätze über verschiedene depressive Störungen hinweg durchzuführen? Die empirische Depressionsforschung hat hierzu wichtige Ergebnisse erbringen können, die darauf hinweisen, dass depressive Störungen durchaus quantitativ-dimensional betrachtet werden können.

*(a) Ähnliche Merkmalskonstellationen bei krankheitswertigen, forschungsdefinierten und subklinischen depressiven Zuständen.*

Eine Reihe empirischer Vergleiche der definierten (diagnosewertigen) depressiven Störungen mit Minor Depression, Brief Depression oder subklinischer Depressivität erbrachten über diese diagnostischen Kategorien hinweg sehr ähnliche Zusammenhänge und Merkmalskonstellationen, so etwa hinsichtlich des Geschlechterverhältnisses und des SCL-90-R-Symptomprofils (Pezawas et al., 2003), der sozialen Funktionsfähigkeit (Rapoport et al. 2002; Maier, Gänicke & Weiffenbach, 1997), der Häufigkeit von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit (Pezawas et al., 2003) und des Anstiegs der Prävalenzen im Sinne von Kohorteneffekten (Kessler & Walters, 1998).

Demgegenüber aussagekräftiger sind taxometrische Analysen depressionsbezogener Selbstbeschreibungsinstrumente, die eine gezielte empirische Überprüfung der Kontinuitätsannahme intendieren.<sup>3</sup> Diese Analysen erbrachten übereinstimmend Ergebnisse, die für ein dimensionales Konzept depressiver Beschwerden sprachen (Franklin, Strong & Green, 2002; Hankin, Fraley, Lahey & Waldman, 2005; Prisciandaro & Roberts, 2005; Ruscio & Ruscio, 2000; Slade & Andrews, 2005; Slade 2007).

---

<sup>3</sup> Das Grundprinzip taxometrischer Analysen besteht darin, ausgehend von einer Sortierungsvariable (z. B. Werte eines Depressionsfragebogens), durch die die Stichprobe in mehrere Intervallgruppen separiert wird, zu prüfen, ob Mittelwerte anderer Variablen über die Intervallgruppen hinweg entsprechend unterschiedlich (MAMBAC-

(b) *Geringe Distinktheit zwischen krankheitswertigen und forschungsdefinierten Kategorien depressiver Störungen*

Zahlreiche Studien belegen einerseits eine hohe Komorbidität unter depressiven Störungen und andererseits häufige Kategorienwechsel im Zeitverlauf (*depressive spectrum shift*). Etwa 20 – 25 % der depressiv erkrankten Personen erfüllen sowohl die Kriterien einer Major Depression als auch einer Dysthymen Störung (sog. *Double Depression*, vgl. Boland & Keller, 2002; Goldney & Fisher, 2004). Ryder und Bagby (1999) fanden in ihrer Studie, dass 95 % der Personen mit Depressiver Persönlichkeitsstörung zugleich die Kriterien für die Dysthyme Störung erfüllten. Bei Angst et al. (2007) litten etwa 50 % der Personen mit Major Depression auch unter wiederholten kurzen depressiven Episoden, so dass die Diagnose einer Brief Depression zusätzlich zutraf. In der Studie von Harkness, Bagby, Joffe und Levitt (2002) erhielten 45 % der Patienten mit Major Depression die zusätzliche Diagnose einer chronischen Minor Depression.

Prospektive Untersuchungen zeigten weiterhin eine beträchtliche Instabilität in den kategorialen Zuordnungen depressiver Störungen derart, dass Probanden depressive Störungskategorien wechselten und/oder im Verlauf kombinierten. In einer einen Zeitraum von 12 Jahren umfassenden naturalistischen Studie von Judd et al. (1998) fanden sich auf der Grundlage von Fremdeinschätzungen bei knapp 90 % der pharmakologisch behandelten Patienten mit ursprünglicher Major Depression Wechsel zwischen mindestens drei von vier möglichen Symptomkategorien („Major Depression“, „Minor Depression“, „subklinische Depressivität“, „keine Depressionssymptomatik“) mit einer durchschnittlichen Frequenz von zwei Wechseln pro Jahr. Die ebenfalls naturalistische Verlaufsuntersuchung von Klein, Schwartz, Rose und Leader (2000) ergab, dass etwa 80 % der Patienten mit einer Dysthymen Störung in einem 5-Jahres-Intervall auch Episoden einer Major Depression entwickelten. Auf der Datenbasis einer neueren bevölkerungsrepräsentativen Erhebung in Schweden, die zwei Messgelegenheiten in einem Intervall von drei Jahren umfasste, fand Forsell (2007) Fluktuationen zwischen den Kategorien zur ersten Messgelegenheit („Major Depression/Dysthymia“, „Minor Depression“, „subklinische Depressivität“) zur zweiten (dieselben Kategorien plus „ein oder kein Symptom“) in Höhe von knapp 75 %.

(c) *Prädiktion krankheitswertiger depressiver Zustände durch forschungsdefinierte und subklinische depressive Zustände.*

Längsschnittliche Studien zeigten, dass forschungsdefinierte sowie subklinische depressive Beschwerden bedeutende Prädiktoren für nachfolgend erstmals auftretende krankheitswertige Depressionen waren. In einer prospektiven Studie mit Jugendlichen (19-20 Jahre) fanden Angst, Sellaro und Merikangas (2000), dass etwa 35 % der Jugendlichen mit Brief Depression in einem nachfolgenden Zeitintervall von 15 Jahren eine Major Depression oder Dysthymia entwickelten. Ebenfalls auf einen Zeitraum von 15 Jahren bezogen, erwies sich in der Studie von Fogel, Eaton und Ford (2006) das Vorliegen einer Minor Depression mit einem etwa fünffach erhöhten Risiko als zweitstärkster Prädiktor (hinter dem Auftreten eines Schlaganfalls) für die nachfolgende Entwicklung einer Major Depression. Im Rahmen einer Erhebung in Allgemeinarztpraxen über einen Zeitraum von nur einem Jahr fanden Maier et al. (1997) erhöhte Wahrscheinlichkeiten, eine Major Depression zu entwickeln bei Personen mit initialer Brief Depression (11.7 %) und subklinischer Depressivität (15.8 %) in Vergleich zu als „unauffällig“ eingestuften Personen (3.8 %).

Ingram und Siegel (2002) konstatieren in ihrem Überblicksartikel über methodologische Aspekte von Studien zu depressiven Störungen: „DSM requires that a certain number, but not a certain constellation, of symptoms be present for a diagnosis, suggesting that very different conditions can receive the same diagnostic level of depression” (S. 87), und weiter: „There seems to be a growing body of evidence, if not a consensus, that depression has at least some dimensional qualities.” (S. 88). Dies ist eine Einschätzung, die sich mit den expliziten Schlussfolgerungen der meisten Autoren, die sich mit dem Spektrum depressiver Zustände beschäftigt haben, deckt (z. B. Forsell, 2007; Hankin, Frellay et al., 2005; Prisciandaro & Roberts, 2005; Ruscio & Ruscio, 2000; Slade, 2007)

#### **2.1.4 Effektivität der Behandlungsformen depressiver Störungen**

Mittlerweile liegt eine kaum mehr überschaubare Vielzahl einzelner Studien zur Effektivität verschiedenartigster Behandlungsformen depressiver Störungen vor, so dass eine Überblicksdarstellung notwendigerweise stark selektiven Charakter besitzen muss. Daher soll die nachfolgende Effektivitätsbetrachtung eingeschränkt werden auf die in Praxis und Forschung relevantesten Therapieformen, für die auch eine aussagekräftige Anzahl an randomisierten, kon-

trollierten Studien vorliegt. Hierzu werden die Ergebnisse neuerer Metaanalysen sowie einiger methodisch anspruchsvoller Studien (hohe Fallzahl, klare Definition und Operationalisierung der Behandlungsbedingungen, Einbezug katamnestischer Daten) referiert.

Grundsätzlich lassen sich Behandlungsansätze depressiver Störungen in zwei Gruppen einteilen: einerseits somatische Therapieformen, die auf eine direkte Veränderung physiologischer Prozesse abzielen (z. B. Pharmakotherapie, Lichttherapie, Elektrokrampftherapie); andererseits psychotherapeutische Behandlungsformen, die letztlich mit Mitteln der Kommunikation eine Veränderung des Verhaltens und Erlebens intendieren. Hinsichtlich der Häufigkeit der Anwendungen in Wissenschaft und Praxis nehmen unter den somatischen Therapieformen pharmakologische Behandlungen mit den Antidepressiva-Stoffklassen Trizyklika (TCA) sowie selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI)<sup>4</sup> und im Bereich der psychotherapeutischen Depressionsbehandlung verhaltenstherapeutische (Kognitive Therapie nach Beck, Verhaltensaktivierung, Problemlösetherapie), klientenzentriert-nondirektive und psychodynamische Ansätze sowie die Interpersonale Psychotherapie nach Klerman und Weissman herausragende Bedeutungen ein.

### ***Effektivität pharmakologischer Depressionsbehandlungen***

Allgemein scheinen Antidepressiva-Behandlungen über verschiedene Wirksubstanzen hinweg sehr ähnliche Effekte zu entfalten und mit einem in Metaanalysen ermittelten Anteil von 35-60 % Respondern (definiert als anhaltende Unterschreitung klinisch relevanter Symptomatik bzw. einer Reduktion um 40 – 50 % der Ausgangssymptomatik) nach acht bis 16 Wochen Behandlungszeit eine gute Effektivität zu besitzen (Arroll et al., 2005; De Maat, Dekke, Schoevers & De Jonghe, 2006; DeRubeis et al., 2005). Allerdings fiel der Anteil spontaner Remissionen in Warte- und Placebogruppen bei depressiven Störungen mit 25 – 45 % auch relativ hoch aus (Arroll et al, 2005; Bech et al, 2000; DeRubeis et al., 2005), so dass in diesen Studien vergleichende Statistiken wie das Relative Risiko ( $RR^5$ ) oder Effektstärken ( $ES^6$ ) in nur geringen bis mittleren Höhen resultierten ( $RR = 1.3$  bis  $2.4$ ;  $ES = -.30$  bis  $-.60$ ).

---

<sup>4</sup> Nachdem vor einigen Jahren SSRI als „Antidepressiva der neuen Generation“ bezeichnet wurden, sind nun wiederum neu entwickelte Antidepressiva wie selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer als Medikamente einer „neuen Generation“ auf den Markt gebracht worden. Erste Studien belegten eine vergleichbare Effektivität bei gleichzeitig weniger Nebenwirkungen. Allerdings ist die Studienlage hierzu weitaus eingeschränkter insbesondere zu langfristigen Effekten. Daher soll der Überblick auf die beiden hauptsächlich eingesetzten und erforschten Stoffklassen der TCA und SSRI beschränkt bleiben.

<sup>5</sup>  $RR$ : Benefit-Faktor, der ausdrückt, wievielfach häufiger Person in der Behandlungsgruppe als Responder eingestuft werden im Vergleich zu Personen der unbehandelten Gruppe.

<sup>6</sup>  $ES$ : Mittelwertunterschied der Veränderungen zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe ausgedrückt als Standardabweichungswert (die spezielle Berechnung erfolgte uneinheitlich zwischen den Studien).

Die Applikation von Antidepressiva ist in der Regel mit unerwünschten Nebenwirkungen wie Übelkeit, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit und Nervosität verbunden (vgl. Gitlin, 2002), worunter etwa 70 – 80 % der mit TCA und 50 – 60 % der mit SSRI behandelten Patienten leiden (Montgomery, 2001; Thompson, Peveler, Stephenson & McKendrick, 2000). Weiterhin bestehen beträchtliche Quoten an Therapieabbruchern. Wie Metaanalysen zeigten, muss bei TCA davon ausgegangen werden, dass etwa 25 – 45 % (gepooltes Mittel: 29.9 %) nach acht bis 16 Wochen Behandlungszeit die Therapie vorzeitig beenden, bei SSRI wurden für diesen Zeitraum geringere Abbruchraten in Höhe von 15 – 25 % (gepooltes Mittel: 20.7 %) festgestellt (DeMaat et al., 2006; MacGillivray et al., 2003). Demgegenüber noch höhere Abbruchraten wurden in einer naturalistischen, bevölkerungsrepräsentativen Studie in den USA gefunden, bei der nach 3 Monaten 78.5 % der mit TCA- und 70.3 % der mit SSRI behandelten Patienten ihre Medikation eigenmächtig beendet hatten (Olfson, Marcus, Tedeschi & Wan, 2006). In einer naturalistischen finnischen Studie lag die Abbruchrate bei 50 % (Melartin et al., 2005)

Ein besonders schwerwiegendes Problem bei Patienten, die ausschließlich mit Antidepressiva behandelt werden, besteht in der hohen Rückfallrate (*relapse*), die nach einem Jahr bei fortgesetzter Medikation etwa 45 – 60 % beträgt (De Maat et al., 2006; Howell et al., 2008; Mulder, Frampton, Luty & Joyce, 2008; McGrath et al., 2006; Reimherr, Strong, Marchant, Hedges & Wender, 2001) und nach Absetzen der Medikation noch einmal ansteigt (Dobson et al., 2008; Hollon et al., 2005). Daher wird bei schwereren Depressionen eine langfristige, mindestens ein- bis zwei Jahre andauernde medikamentöse Rezidivprophylaxe empfohlen (z. B. American Psychiatric Association, 2000; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004). Doch selbst nach mehrjähriger kontinuierlicher Medikation muss fortlaufend mit Rückfällen (Bockting et al., 2008) und einer hohen Rückfallrate nach Absetzen der Medikation von etwa 70 % gerechnet werden (Hollon et al., 2005; Kupfer et al., 1992).<sup>7</sup>

### ***Effektivität psychotherapeutischer Depressionsbehandlungen***

Zur Effektivität psychotherapeutischer Depressionsbehandlungen liegen zahlreiche Einzelstudien und einige Metaanalysen vor, in denen Vergleiche psychologischer Therapien untereinander sowie mit pharmakologischen Behandlungen angestellt wurden. Weiterhin, allerdings

---

<sup>7</sup> Während die American Psychiatric Association sowie das britische National Institute for Health and Excellence bei schweren und rezidivierenden Depressionen eine längerfristige pharmakologisch-psychotherapeutische Kombinationsbehandlung empfehlen, findet die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2006) eine lebenslange medikamentöse Rezidivprophylaxe indiziert - ohne kombinierte psychotherapeutische Intervention.



deutlich weniger häufig, wurden Vergleiche spezifischer psychologischer Therapieformen mit unbehandelten Vergleichsgruppen durchgeführt (Wartegruppen, Placebo-Medikamenten-Gruppen). Jeweils am zahlreichsten wurden verhaltenstherapeutische Ansätze untersucht.

Bezüglich des Vergleiches mit unbehandelten Kontrollgruppen können aufgrund der Studienlage nur drei Therapieformen eingeschränkt auf kurzfristige Effekte (Prä-Post-Vergleiche) betrachtet werden, deren Effektdarstellung zwischen den recherchierten Metaanalysen stark divergiert, so dass die Aussagekraft dieses Vergleichsaspektes deutlich limitiert erscheint, aber dennoch in Kürze referiert werden soll. Erwartungsgemäß fanden sich gegenüber den unbehandelten Vergleichsgruppen signifikante Symptomverbesserungen. Für kognitiv-behaviorale Therapie wurde eine mittlere Effektstärke von  $ES = .82$  gefunden (Gloaguen, Cottraux, Cucherat & Blackburn, 1998), für die Problemlösetherapie in fast derselben Höhe ( $ES = .83$ ; Cuijpers, van Straten & Warmerdam, 2007). Für die Interpersonale Therapie wurde eine Responderrate von 68.1 % gegenüber 48.7 % unter Placebobedingung ermittelt (de Mello, de Jesus Mari, Bacaltchuk, Verdelli & Neugebauer, 2005).

Hinsichtlich des Vergleichs zwischen verschiedenen Psychotherapieformen zeigte sich über mehrere Metaanalysen übereinstimmend, dass verschiedenen Psychotherapieformen sehr ähnliche kurzfristige und längerfristige Effekte erzielten (Cuijpers, van Straten, Andersson & van Oppen, 2008; Cuijpers, van Straten & Warmerdam, 2008; McDermet, Miller & Brown, 2001). Die differenziertesten Analysen wurden dabei von Cuijpers, van Straten, Andersson et al. (2008) vorgelegt, bei denen Daten aus 53 randomisierten Vergleichsstudien mit insgesamt 2757 Patienten eingeschlossen wurden. Die Autoren fanden, dass unter den sieben verglichenen Behandlungsansätzen<sup>8</sup>, für die Studien in hinreichender Anzahl und Qualität recherchiert werden konnten, nondirektiv-unterstützende Therapieformen eine signifikant schlechtere ( $d = -.13$ ) und Interpersonale Therapien eine bessere Effektstärke ( $d = .20$ ) zeigten, die Unterschiede aber insgesamt als nur gering einzustufen waren. Bezüglich der Anzahl an Prä-Post-Respondern wurde eine Rate von 46 % (nondirektiv) versus 55 % (interpersonal) ermittelt. Aussagekräftige Katamnesedaten lagen nur für die kognitiv-behaviorale sowie nondirektiv-supportive Therapie vor, die sich zum 6-Monats- bzw. 1-Jahres-Follow-Up nicht signifikant voneinander unterschieden. Allerdings fiel die deskriptive Effektstärke wiederum zu Ungunsten des nondirektiven Ansatzes aus ( $d = -.23$ ). Hinsichtlich des Behandlungstyps (Einzeltherapie, Gruppentherapie, Paartherapie) wurden in Metaanalysen meist keine bedeutsamen Effektivitätsunterschiede aufgedeckt (Barbato & Dávanzo, 2008; Cuijpers, van Straten, Anders-

---

<sup>8</sup> Kognitiv-Behaviorale Therapie; Nondirektiv-Unterstützende Therapie, Verhaltens-Aktivierungs-Therapie; Psychodynamische Therapie, Problemlösungs-Therapie, Interpersonale Therapie, Soziales Kompetenz-Training.

son et al., 2008; McDermt et al., 2001). Eine Ausnahme bilden Cuijpers, van Straten und Warmerdam (2008), die eine geringe aber signifikante Überlegenheit des einzel- gegenüber dem gruppentherapeutischen Setting zum Post-Zeitpunkt fanden ( $d = .20$ ), die sich allerdings zur 6-Monatskatamnese nivellierte bzw. deskriptiv umkehrte ( $d = -.17$ ).

Bezüglich des Vergleiches psychologischer Therapien mit Antidepressiva-Behandlungen wurde die kognitive Verhaltenstherapie bei weitem am häufigsten untersucht, so dass die Ergebnislage streng genommen sehr differenziert und eingeschränkt zu interpretieren ist. Wird allerdings berücksichtigt, dass sich die Effekte der verschiedenen etablierten psychologischen Depressionsbehandlungen stark gleichen, scheint im Rahmen dieser Arbeit eine verallgemeinert Interpretation und die Verwendung des allgemeinen Begriffs „Psychotherapie“ gerechtfertigt. In allen recherchierten Metaanalysen (De Maat et al., 2006; DeRubeis, Gelfland, Tang & Simons, 1999; Imel, Malterer, McKay & Wampold, 2008) sowie in Studien mit außergewöhnlich hohen Fallzahlen (DeRubeis et al., 2005; Hautzinger, De Jong-Meyer, Treiber, Rudolf & Thien, 1996) fand sich übereinstimmend, dass die kurzfristigen Effekte (8-16 Wochen) von Psychotherapie denen von pharmakologischen Behandlungen äquivalent waren und sich weder signifikante Unterschiede in den Responderraten noch in den Effektstärken zeigten. Dies galt gleichermaßen für leichte, mittelschwere und schwere Ausprägungen depressiver Beschwerden.

Hinsichtlich der Therapie- bzw. Studienabbruchrate ergab sich eine uneinheitliche Ergebnislage. In einigen Arbeiten unterschieden sich die Behandlungsformen nicht (DeRubeis et al., 1999; DeRubeis et al., 2005), in anderen wurde Psychotherapie signifikant weniger häufig abgebrochen (De Maat et al., 2006; Hautzinger et al., 1996). Neben Unterschieden, die auf die jeweils angewandten Antidepressiva und spezifischen Psychotherapieformen zurückgeführt werden konnten, schienen unkontrollierten Studienspezifika eine wichtige Rolle für die Höhe der Attrition-Rate zuzukommen. In der Metaanalyse von De Maat et al. (2006) streute die Abbruchrate unter Psychotherapiebedingungen zwischen 0 – 36 % (gepooltes Mittel: 23.6 %), bei Cuijpers, van Straten, Andersson et al. (2008) zwischen 0 – 43 % und lag somit in vergleichbarer Höhe wie bei SSRI-Behandlungen.

Hinsichtlich langfristiger Effekte muss unterschieden werden zwischen Interventionsformen, die sich auf die Akutphase (8-16 Wochen) beschränken (*acute-phase treatment*, AT) und solchen, die eine Aufrechterhaltungsphase (zumeist 0.5 bis 1 Jahr) einschließen (*continuation-phase treatment*, CT). Vittengl, Clark, Dunn und Jarrett (2007) verglichen in ihrer Metaanalyse die langfristige prozentuale Häufigkeit von Rückfällen im Rahmen kognitiver Verhaltenstherapie mit Antidepressivabehandlungen (Katamnesezeitraum von einem bis zwei

Jahre). Bezogen auf AT-Interventionen erwies sich die kognitive Verhaltenstherapie mit 39 % Rückfällen gegenüber Antidepressiva-Therapien (61 % Rückfälle) als überlegen. Zum Zeitpunkt der Beendigung der CT-Interventionen ergab sich ebenso eine Tendenz ( $p < .06$ ) zum Vorteil der kognitiven Verhaltenstherapie (zusätzliche 10 % Rückfälle gegenüber 22 % Rückfälle bei Pharmakotherapie). Später, nach Beendigung der CT-Interventionen, zeigte sich in Katamneseuntersuchungen (durchschnittlich 114 Wochen nach der CT) wiederum eine statistisch signifikante Überlegenheit der kognitiven Verhaltenstherapie (42 % versus 61 % Rückfälle unter den bislang stabil verbesserten Patienten). Allgemeiner verglichen Imel et al. (2008) in ihrer Metaanalyse Antidepressivabehandlungen mit verschiedenen Formen psychologischer Therapien mit dem Ergebnis, dass auf die Akutphase eingeschränkte Psychotherapien sich als gleich effektiv erwiesen wie kontinuierliche Antidepressiva-Behandlungen.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass (a) ausschließliche Antidepressivabehandlungen langfristig in vielen Fällen wenig effektive Therapieformen darstellen, (b) verschiedene psychotherapeutische Interventionsformen vergleichbare Effekte erzielen, die kurzfristig pharmakologischen Behandlungen gleichwertig und langfristig eher überlegen sind, (c) auch bei psychotherapeutischen Behandlungen ein hohes Rückfall- und Chronifizierungsrisiko besteht. Somit stellt die Optimierung psychotherapeutischer Depressionsbehandlungskonzepte eine wichtige und vielversprechende Aufgabe der klinisch-psychologischen und Psychotherapieforschung dar.

### 2.1.5 Psychologische Modelle depressiver Störungen<sup>9</sup>

Die offensichtlich äquifinale Wirkung unterschiedlicher Psychotherapieformen deutet auf ein komplexes System multipler Determiniertheit der Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Beschwerden hin. Korrespondierend zur Heterogenität psychotherapeutischer Ansätze existieren verschiedene psychologische Erklärungsmodelle depressiver Ätiopathogenese, die sich hinsichtlich ihrer theoretischen Komplexität und Differenziertheit sowie ihres empirischen Bewährtheitsgrades stark unterscheiden.

Die innerhalb der psychologischen und psychotherapiebezogenen Forschung meistbeachte-

---

<sup>9</sup> Innerhalb der Depressionsforschung ist es gegenwärtig weitgehend unstrittig, dass die Entwicklung einer depressiven Störung ein komplexes biopsychosoziales Phänomen ist und biologische Faktoren wie genetische, epigenetische, neuronale und humorale Aspekte einschließt (vgl. Gotlib & Hammen, 2002). Da eine biologische Betrachtung den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde, soll hier nur eine Auswahl an psychologischen Depressionsmodellen dargestellt werden, die – anders als bei der Frage nach Therapieformen – nicht in Konkurrenz, sondern komplementär zu den biologischen Ansätzen zu sehen sind.

ten Modelle stellen die *Kognitive Theorie der Depression*, die *Theorie der gelernten Hilflosigkeit/Hoffnungslosigkeit*, das *verhaltenstheoretische Modell* und der *psychoanalytisch-psychodynamische Ansatz* dar. (Letzterer wird aufgrund seiner hermeneutischen Ausrichtung und unzureichenden empirischen Studienlage in der vorliegenden Arbeit nur randständig beachtet und separat in Anhang 9.1 dargestellt.) Klinische Beobachtungen, wonach depressive Erkrankungen und Rückfälle häufig mit belastenden Kindheitserfahrungen verbunden sind und infolge gegenwärtiger psychosozialer Belastungssituationen auftreten, führten im Rahmen der Life-Event-Forschung und später der Entwicklungspsychopathologie zur systematischen Untersuchung von *depressiogenen Lebensereignissen und -umständen*. Diese Orientierung wurde auch von Vertretern der Depressionstheorien aufgegriffen und bei der Entwicklung von Diathese-Stress-Modellen umgesetzt, in denen zentrale Konstrukte der Depressionstheorien sowohl als Mediatoren als auch als Moderatoren im Zusammenspiel mit belastenden Lebensereignissen und -umständen modelliert wurden – wobei die theoretischen Entwürfe allerdings häufig zu unbestimmt blieben, um eine solche Differenzierung klar vornehmen zu können (z. B. Ingram, Miranda & Segal, 1998; Singer & Hautzinger, 1988; Wei, Malinckrodt, Russel & Abraham, 2004). Die genannten theoretischen Ansätze wurden über die Jahre weiter ausgebaut und verfeinert, so dass hier nur jeweils ein kurzer und vereinfachter Überblick gegeben werden kann. Die jeweiligen zentralen kausalen Annahmen werden in Pfaddiagrammen an die Darstellungen angeschlossen.

*Untersuchungen depressiogener Lebensereignisse und -umstände* subsumieren zwei Perspektiven, die konzeptuell und forschungstraditionell zu differenzieren sind. Einerseits wurden kritische Lebensereignisse (singuläre Ereignisse, die gewohnte Routinen und Lebensperspektiven durchbrechen und die Person zu einer Neuanpassung zwingen) sowie dauerhaft ungünstige, mit psychosozialen Belastungen verbundene Lebensumstände identifiziert, die dem Auftreten depressiver Symptome unmittelbar vorangingen bzw. Rückfälle nach Behandlungserfolgen prädizierten; andererseits wurden entwicklungspsychopathologische Modelle entworfen, nach denen (früh)kindliche ungünstige Bedingungen zu einer späteren depressiven Vulnerabilität führen.

Beobachtungen, dass depressive Störungen infolge von kritischen Lebensereignissen wie Tod des Ehepartners oder Arbeitslosigkeit auftreten, wurden bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts veröffentlicht (Freud, 1917; Jahoda, Lazarsfeld & Zeisel, 1933).<sup>10</sup> Insbesondere in

---

<sup>10</sup> Bis in die 90er Jahre des 20. Jahrhunderts galt in den diagnostischen Systemen ICD-9 und DSM-III die Differenzierung zwischen reaktiver Depression (depressive Symptome wurden als Folge auslösender äußerer Bedingungen betrachtet) und endogener Depression (von äußeren Bedingungen unabhängiges Auftreten depressiver

den 70er und 80er Jahren des letzten Jahrhunderts im Rahmen der sich ausbreitenden Life-Event-Forschung wurden mögliche Zusammenhänge systematisch empirisch untersucht. Insgesamt zeigten die Ergebnisse deutlich, dass im Halbjahr vor dem erstmaligen Auftreten einer depressiven Störung verschiedene Arten schwerwiegender – d. h. zentrale Lebensbereiche wie nahe soziale Beziehungen, Berufsleben oder Gesundheit beeinträchtigender – kritischer Lebensereignisse überzufällig häufig aufgetreten waren, auch solche, die außerhalb des Einflusses des Patienten standen (vgl. zusammenfassend Kessler, 1997; Mazure, 1998; Reck, 2001). Zu diesen im Englischen als *major life events* bezeichneten, beträchtliche unerwünschte Lebensveränderungen nach sich ziehenden Ereignissen zählten etwa der Tod des Partners, der Verlust des Arbeitsplatzes und das Auftreten einer schweren Erkrankung wie etwa Krebs. Inkonsistent allerdings fielen die Schätzungen verschiedener Autoren zu den Häufigkeiten schwerwiegender kritischer Lebensereignisse im Vorfeld des Erstauftretens depressiver Störungen aus, die zwischen 50 – 90 % lagen (54 %: Monroe & Simons, 1991; 70 %: Paykel, 1994; 75 %: Brown & Harris, 1978; 91 %: Keller, 1997). Diese Inkonsistenzen dürften größtenteils durch methodische und Stichprobenspezifika zu erklären sein (Reck, 2001).

Während solche *major life events* angesichts ihrer deutlich erhöhten Häufigkeit im Vorfeld des erstmaligen Auftretens depressiver Zustände als von spezifischen Personencharakteristika vergleichsweise unabhängige Auslösebedingungen gelten können (Monroe & Hadjiyannakis, 2002), scheinen weniger schwerwiegende unangenehme Lebensereignisse bzw. psychosoziale Belastungssituationen (engl.: *minor life events*; z. B. familiäre oder gerichtliche Streitigkeiten, berufliche Degradierung) eine depressionsauslösende Funktion nur durch eine Häufung und/oder in Interaktion mit vulnerablen Persönlichkeitsmerkmalen zu besitzen bzw. einen direkten Effekt nicht auf das erstmalige Auftreten, sondern auf die Neigung zu Rückfällen und zur Chronifizierung zu entfalten (Monroe & Hadjiyannakis, 2002).

Vermittelt über den Blutkreislauf der Mutter können Föten bereits in der pränatalen Lebensphase depressiogenen Lebensumständen ausgesetzt sein. Depressivität sowie Stress- und Angstzustände der Mutter sind mit erhöhten Kortisolausschüttungen verbunden, die über den Blutkreislauf auch ihren Niederschlag im Körper des Fötus finden. In tierexperimentellen Studien an Rhesusaffen und Ratten wurde beobachtet, dass Föten, deren Mütter Stressbedin-

---

Beschwerden), die sich auch in den Symptommustern finden lassen sollte. Die empirische Ergebnislage dazu fiel allerdings inkonsistent aus (vgl. Hammen, 1999) und die weitere Theorienbildung folgte ebenfalls dieser Differenzierung nicht (Betonung der interindividuellen Variabilität in der Belastungsstärke bestimmter Lebensereignisse; Konzeption internaler depressiogener Ereignisse wie Gedanken, Selbstbewertungen und Erinnerungen; Entwicklung biopsychosozialer Modelle), so dass es folgerichtig erscheint, dass diese Differenzierung in den neueren Ausgaben der Diagnosesysteme (ICD-10; DSM-IV) aufgehoben wurde.

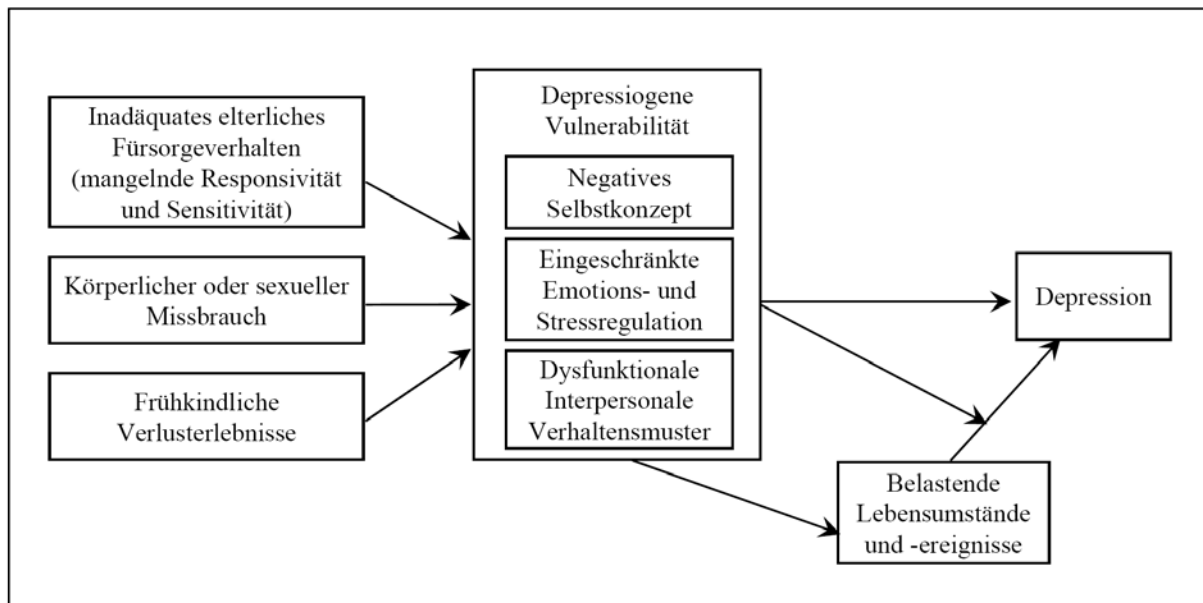
gungen ausgesetzt waren, bei der Geburt einen niedrigeren körperlichen und neuro-motorischen Entwicklungsstand aufwiesen (Schneider, 1992) und in späteren Entwicklungsstadien häufig abnormes Sozialverhalten und eine erhöhte Stressreaktivität zeigten (Hyperaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse; Graham, Heim, Goodman, Miller & Nemeroff, 1999). In Bezug auf Menschen konnten Zusammenhänge zwischen pränataler Ängstlichkeit der Mutter und Verhaltensproblemen sowie erhöhter Stressreagibilität von Neugeborenen (O'Connor, Heron, Golding, Beveridge & Glover, 2002) und Kleinkindern belegt werden (Buist, Ross & Steiner, 2006). Studien zu langfristigen Effekten pränatalen mütterlichen Stresserlebens auf die spätere Entwicklung depressiver Störungen der Kinder im Jugendlichen- und Erwachsenenalter konnten nicht recherchiert werden.

Die Forschung zu (früh)kindlichen, depressiogenen Lebensumständen und -ereignissen fokussierte vor allem auf inadäquates elterliches Fürsorge- und Erziehungsverhalten, körperlichen und sexuellen Missbrauch sowie Verlust eines Elternteils durch Tod oder Trennung der Eltern (Goodman, 2002). In Bezug auf inadäquate, depressiogene elterliche Fürsorge konzentrierten sich die Untersuchungen auf nicht-responsives (fehlendes oder zeitlich verzögertes) und wenig sensitives (nicht den emotionalen Bedürfnissen des Kindes entsprechendes) Elternverhalten. Sehr anschaulich sind hierbei Studien zur Vermittlung des Zusammenhanges zwischen Depressivität der Mutter und Verhaltens- und emotionalen Problemen des Kindes. Pickens und Field (1993) fanden, dass depressive Mütter eine eingeschränkte mimische Kommunikation zeigten und gegenüber ihren Kleinkindern weniger Interesse und positive Affekte in ihrer Mimik signalisierten. Experimente im Rahmen des Still-Face-Paradigmas (Bezugsperson zeigt gegenüber ihrem Kind einen gleich bleibend gleichgültig-emotionslosen Gesichtsausdruck) ergaben, dass Kleinkinder auf mangelnde mimische Zuwendung und Verstärkung mit Unwohlsein, Abwendung der Aufmerksamkeit von der Bezugsperson, stereotypem und apathischem Verhalten und mit längerfristig erhöhten Kortisolwerten reagierten (z. B. Cohn & Elmore, 1988). Dieses Verhaltensmuster wurde als hilfloser Versuch selbstregulativen Verhaltens des Kleinkindes interpretiert, um den mit der Still-Face-Situation verbundenen negativen Affekt zu regulieren (Adamson & Frick, 2003; Weinberg & Tronick, 1998). Für die Bewältigung späterer mit negativen Affekten verbundener Lebenssituationen erscheint eine selbstbezogene Ablenkungsstrategie allerdings potentiell unangemessen und langfristig depressiogen, da sie wenig effektiv und in vielen Kontexten sozial unangepasst ist (Wei, Heppner, Russell & Young, 2006). Weiterhin wird ein responsives und sensitives elterliches Fürsorgeverhalten als Basis für die Entwicklung eines stabil-positiven Selbstkonzeptes/Selbstwertes sowie einer hohen Selbstwirksamkeit erachtet (Harter, 2006).

Als extreme Formen inadäquaten elterlichen Fürsorgeverhaltens können körperliche Verletzungen umfassende Gewalt sowie sexueller Missbrauch gegenüber Kindern durch nahe Bezugspersonen aufgefasst werden, die in einer Reihe von Studien als Risikofaktoren für die Entwicklung späterer depressiver Störungen identifiziert wurden. Diese Zusammenhänge bestanden auch dann, wenn mit Kindesmissbrauch konfundierte Merkmale wie Substanzabhängigkeit eines Elternteils, geringes Einkommen, hohes Ausmaß an intrafamiliären Konflikten, soziale Isoliertheit sowie Depressivität der Mutter kontrolliert wurden (Belsky, 1993; Crittenden, 1998). Missbrauchsoffer wiesen zudem häufiger eine Reihe von mit Depressivität assoziierten psychischen Problemen in der Kindheit und im frühen Erwachsenenalter auf wie etwa ein geringes Selbstwertgefühl, problematisches Sozialverhalten, dysfunktionale Attributionsmuster und eine erhöhte Stressreaktivität (Crittenden, 1998; Heim et al., 2000).

Ob die frühe Erfahrung des Verlustes eines Elternteils als eigenständiger ätiologischer Faktor für Depressionen zu betrachten sei, war lange Zeit umstritten (vgl. Nelson, 1982). Mittlerweile herrscht weitgehend Konsens darüber, dass die nachfolgenden Konsequenzen des Verlustes für ein erhöhtes Depressionsrisiko des Kindes von entscheidender Bedeutung sind, insbesondere die stabile Verfügbarkeit weiterer Fürsorgepersonen und die Kontinuität des Alltagslebens (Pfeffer, 1996).

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass eine Gemeinsamkeit der dargestellten depressiogenen kindlichen Lebensumstände und -ereignisse in ihrer unmittelbaren entwicklungspsychologischen Relevanz besteht: für die Emotions- und Stressregulation (Stressreaktivität, Coping), das interpersonale Verhalten (soziale Kompetenz; internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten) und die Herausbildung zentraler kognitiver Strukturen wie das Selbstkonzept (Selbstwert, Selbstwirksamkeit) oder der Attributionsstil. Abbildung 2 fasst die wichtigsten referierten Ergebnisse zusammen. Ein allgemein problematischer Aspekt des auch auf andere psychische Störungen wie Angststörungen und Essstörungen angewandten Life-Event-Ansatzes (vgl. Miller, 1997) besteht allerdings in seiner Unschärfe, die sowohl Multifinalität (dasselbe Lebensereignis kann zu unterschiedlichen pathologischen Entwicklungen führen) als auch Äquifinalität (unterschiedliche Lebensereignisse können zur selben Pathologie führen) umfasst und wonach entsprechende Erklärungsmodelle eine Reihe von Zusatzannahmen benötigen, um eine theoretische Stringenz zu erhalten. Im Falle der Depressionsmodelle scheint eine Integration der Erkenntnisse der Life-Event-Forschung mit den Kernannahmen der im Folgenden dargestellten spezifischen Depressionstheorien grundsätzlich möglich, auch wenn sich einige Elemente der Theorien einer Integration entziehen.



**Abb. 2:** Vereinfachte Pfaddiagrammdarstellung der Ergebnislage zu Zusammenhängen zwischen depressiogenen Lebensumständen/-ereignissen und depressiven Störungen.

Die *Kognitive Theorie der Depression* wurde von Aaron T. Beck und Kollegen entworfen und weiter entwickelt (Beck, 1963, 1964; Beck, Epstein & Raymond, 1983; Clark, Beck & Brown, 1992). Grundannahme der Theorie ist, dass dysfunktionale Kognitionen (d. h. Informationsverarbeitungsprozesse, die in ungünstige Interpretationen und Bewertungen münden<sup>11</sup>) depressive Beschwerden bedingen und aufrechterhalten. Auf der Grundlage von lebensgeschichtlich früh erworbenen Grundüberzeugungen über die eigene Person und die soziale Welt, welche sich als generalisierte Erwartungs- und Interpretationsmuster (abstrahierte Schemata) im kognitiven System einer Person verfestigt haben, werden nach außen oder innen gerichtete Wahrnehmungen organisiert, interpretiert und bewertet, wobei die Wahrnehmungen und ihre Bedeutungen mehr oder weniger subjektiv verzerrt werden. Dabei haben Schemata zunächst latenten, inaktiven Charakter und werden erst durch schemakonkrete Erfahrungen aktiviert. Bei zu Depressivität neigenden Personen liegen drei aufgrund ihrer lebensgeschichtlichen Koinzidenz interkorrelierende Grundüberzeugungen vor (Kognitive Triade): ein negatives Selbstbild („ich bin nicht liebenswert/unfähig“), ein negatives Menschenbild („andere sind unzuverlässig/selbstsüchtig“) und eine negative Zukunftsperspektive („meine Zukunft wird von Einsamkeit/von Misserfolg geprägt sein“). Der Begriff „Schemata“

<sup>11</sup> Clark und Beck (1999) definieren kognitive Schemata als „Strukturen, Prozesse und Produkte, die basierend auf sensorischen Daten der externalen und internalen Umwelt an der Repräsentation und Transformation von Bedeutungen beteiligt sind.“ (S. 77, eigene Übersetzung).

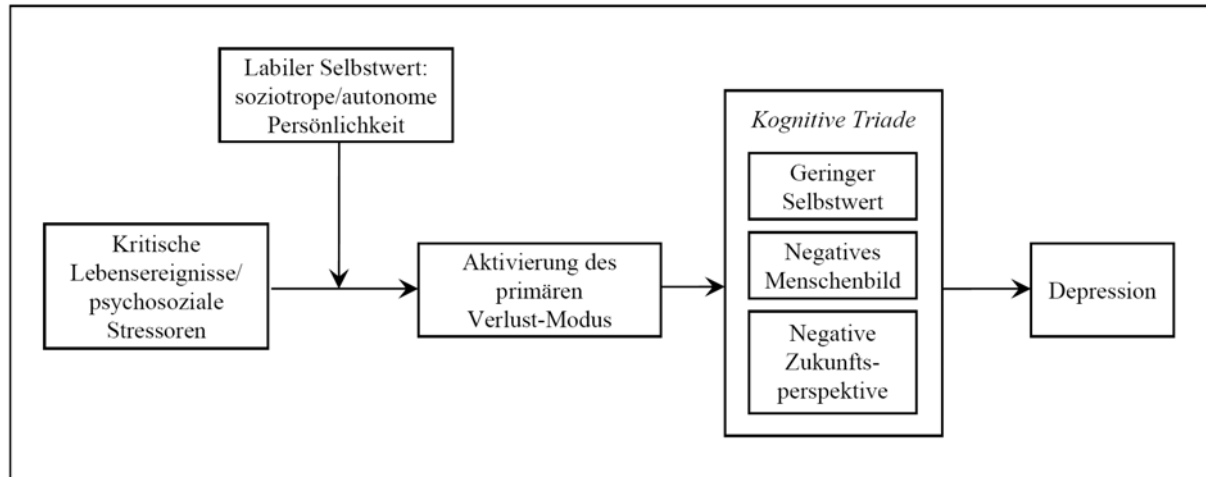


im Sinne von erworbenen, überdauernden, neuronal repräsentierten Organisationsmustern wird in der Kognitiven Theorie auch auf Affekte, Motivationen, Verhaltensweisen und physiologische Reaktionen bezogen. Der Begriff „Modus“ bezeichnet eine Gruppe zusammen auftretender kognitiver, affektiver, motivationaler, behavioraler und physiologischer Schemata. Modi sind zielgerichtet und beziehen sich auf evolutionär überlebensrelevante Situationen. Depressionen werden als Resultat der vorherrschenden Aktivität des *Verlust- oder Deprivationsmodus* angesehen, der bei allen Menschen durch die Wahrnehmung eines eingetretenen oder vermeintlichen vitalen Verlustes (kognitiv) aktiviert wird und mit einem subjektiven Zustand der Dysphorie und Traurigkeit (affektiv), einem Verlust an Zielen und Handlungswillen (motivational), Rückzug und Inaktivität (behavioral) sowie Erschöpfung und Desaktivierung (physiologisch) verbunden ist.

Bei zu Depressionen neigenden Personen ist der Verlustmodus durch Hypervalenz und Übergeneralisierung charakterisiert und wird durch den vermeintlichen oder tatsächlichen Verlust von Selbstwertressourcen (hyper)aktiviert, so dass andere Modi (insbesondere konstruktive Modi, die der Ausweitung vitaler Ressourcen dienen) dominiert und die Informationsverarbeitung entsprechend der Kognitiven Triade verzerrt werden. Dabei unterscheidet die Kognitive Theorie zwei depressive Vulnerabilitäts-Persönlichkeitstypen: *Soziotrope* Personen stabilisieren ihren Selbstwert vorwiegend über erfahrene soziale Zuwendung und sind gegenüber Verlusten an sozialen Ressourcen besonders anfällig für depressive Reaktionen; für *autonome* Personen ist vorwiegend das eigene Leistungs- und Kompetenzerleben selbstwertstabilisierend, entsprechend neigen sie dazu, bei Einbußen an Fähigkeits- und Autonomieresourcen mit einer Hyperaktivierung des Verlustmodus zu reagieren. Entsprechend setzt die Kognitive Therapie der Depression daran an, dem depressiven Patienten zu helfen, sich seiner negative Grundüberzeugungen bewusst zu werden und Situationen nicht entsprechend der Kognitiven Triade zu interpretieren und zu bewerten, sondern alternative, konstruktive Perspektiven zu entwickeln, d. h. Situationsaspekte zu fokussieren, die mit konstruktiven Modi kongruent sind. Abbildung 3 fasst die wichtigsten Annahmen der Kognitiven Theorie zusammen.

Die Kognitive Theorie der Depression kann hinsichtlich ihrer Annahmen einer latenten kognitiven Vulnerabilität in Form dysfunktionaler Überzeugungen, die durch kritische Lebensereignisse aktiviert und in Zusammenhang mit dem primären Verlustmodus stehen sowie bezüglich einer vermittelnden Rolle der Kognitiven Triade, die zwischen kritischen Lebensereignissen und depressiven Symptomen vermittelt, als empirisch gut belegt gelten; inkonsistent dagegen fielen die Ergebnisse zur postulierten differentiellen Stress-Vulnerabilität des sozi-

otropen bzw. autonomen Persönlichkeitstyps aus sowie zur Annahme einer stärker verzerrten Informationsverarbeitung depressiv erkrankter im Vergleich zu nicht klinisch auffälligen Personen (vgl. Abramson, Alloy, Hankin, Haefel et al., 2002; Beck, 2005).



**Abb. 3:** Vereinfachte Pfaddiagrammdarstellung der Annahmen der Kognitiven Theorie der Depression nach Beck.

*Die Theorie der gelernten Hilflosigkeit/Hoffnungslosigkeit* (Seligman, 1975; Abramson, Metalsky & Alloy, 1989) geht ebenfalls von einer zentralen Bedeutung dysfunktionaler Kognitionen bei der Entwicklung depressiver Störungen aus.<sup>12</sup> Ausgangspunkt der Theorienbildung waren Tierversuche mit Hunden, die im Rahmen eines instrumentellen Furcht-Flucht-Konditionierungs-Paradigmas Elektroschocks erhielten (Seligman & Maier, 1967). Hunde, die durch einen Sprung über eine Barriere in ein angrenzendes Käfigareal schmerzhaften Elektroschocks ausweichen konnten, lernten dies sehr schnell. Erstaunlich war, dass Hunde, denen diese Fluchtmöglichkeit zunächst verwehrt wurde, dieses Fluchtverhalten auch dann nicht ausführten, als sie später diese Möglichkeit eröffnet bekamen. Stattdessen legten sich etwa zwei Drittel der Hunde passiv winselnd hin und ließen die Schocks über sich ergehen, während ein Drittel das Vermeidungsverhalten verzögert bzw. nur temporär zeigte. Seligman

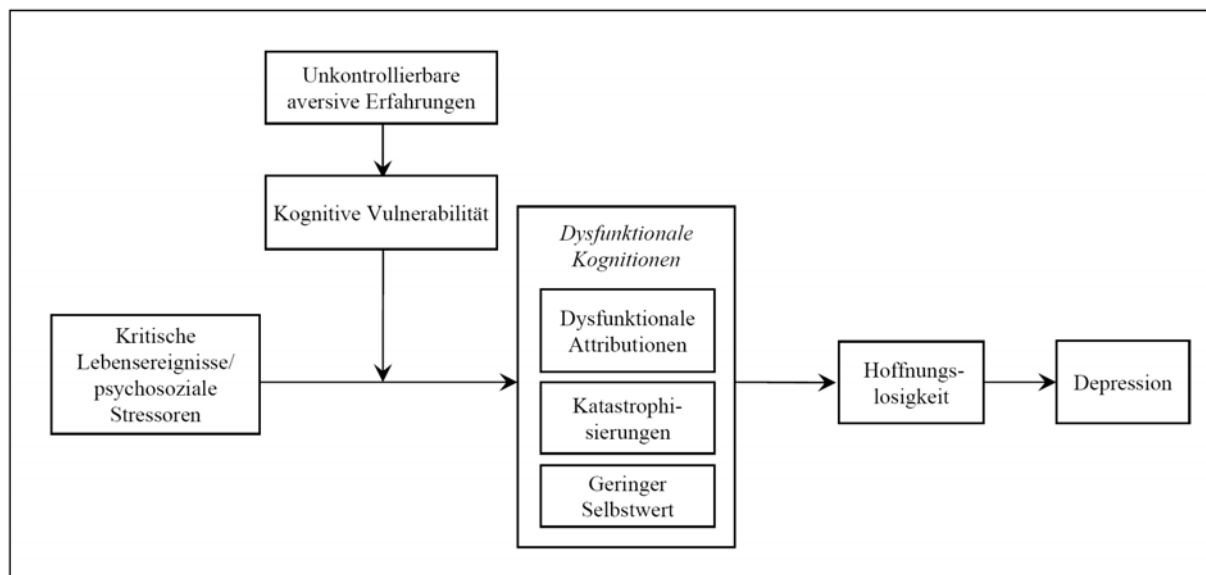
<sup>12</sup> Im Rahmen der Theorie der gelernten Hilflosigkeit/Hoffnungslosigkeit wird mit der „Hoffnungslosigkeits-Depression“ (*Hopelessness Depression*, Joiner et al., 2001) ein depressiver Subtyp postuliert, der durch bestimmte Akzentuierungen des depressiven Symptomspektrums gekennzeichnet ist (z. B. Traurigkeit, Suizidalität, geringes Konzentrationsvermögen) und auf den die Gültigkeit der Theorie eingeschränkt wird. Da dieser Subtyp allerdings dimensional konzeptualisiert ist (d. h. depressive Personen können mehr oder weniger große Überschneidungen mit der Hoffnungslosigkeits-Depression aufweisen), in den aktuellen Diagnosesystemen bislang keine Berücksichtigung fand, und zudem die Vertreter der Theorie der gelernten Hilf-/Hoffnungslosigkeit selbst diesen Subtyp nur zusätzlich zu den geläufigen klinische Depressionskategorien bzw. eindimensionalen Depres-

glaubte mit diesem Phänomen der gelernten Hilflosigkeit, das sich auch bei anderen Tierarten und in Menschenversuchen replizieren ließ, ein Modell zur Entwicklung depressiver Störungen entdeckt zu haben, da der Zustand der gelernten Hilflosigkeit in motivationaler, emotionaler und behavioraler Hinsicht depressiven Störungen sehr ähnlich war (Seligman, 1975). Durch spätere Experimente wurde jedoch deutlich, dass der Ansatz der gelernten Hilflosigkeit weiter entwickelt werden musste, da nur diejenigen Menschen einen Zustand analog zur gelernten Hilflosigkeit zeigten, welche die aversiven, unkontrollierbaren Situationen in einer bestimmten Art und Weise interpretierten, die als „Hoffnungslosigkeit“ bezeichnet wurde (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Alloy, Abramson, Metalsky & Hartlage, 1988) und als Perspektive eigener katastrophaler Wertlosigkeit verstanden werden kann. Die depressionstypische Neigung zur Hoffnungslosigkeit und die damit verbundene Entwicklung depressiver Symptome resultiert nach der gegenwärtigen Theorie der Hoffnungslosigkeit aus dem Zusammenwirken (a) des individuellen Kausalattributionstils, (b) der katastrophisierenden Antizipation negativer Ereignisse und (c) eines generellen Selbstwertdefizits. Dieses kognitive Muster wird erst infolge eines kritischen Lebensereignisses aktiviert und kann durch soziale Unterstützung moderiert werden. Tritt ein negatives Ereignis ein (z. B. Misserfolg bei einer Statistikprüfung), so wird eine zu Depressivität neigenden Person dieses Ereignis (a) internal, stabil und global attribuieren (d. h. die Person glaubt, der Misserfolg liege in ihren Personeneigenschaften begründet und könne bei der nächsten Statistikprüfung ebenso wie bei Prüfungen in anderen Leistungsbereichen wieder eintreten), (b) sich katastrophisierende Auswirkungen vorstellen (z. B. die Vorstellung, keinen Berufsabschluss zu erlangen) und (c) den Misserfolg als Indiz für die eigene Wertlosigkeit interpretieren (vgl. Abbildung 4). Aus dem Zusammenspiel dieser Faktoren resultiert eine Tendenz zur Rumination (Unfähigkeit zur Aufmerksamkeitsverschiebung weg von dem negativen Ereignis) und die Entwicklung depressiver Symptome (Abramson, Alloy, Hankin, Haefel et al., 2002). Soziale Unterstützung insbesondere in Form der Vermittlung alternativer funktionaler Bewertungen/Schlussfolgerungen bzgl. des negativen Ereignisses durch das soziale Umfeld (*adaptive inferential feedback*; Panzarella, Alloy & Whitehouse, 2006) wirkt puffernd auf diese negative Verkettung. Entsprechend wird im Rahmen der Hoffnungslosigkeitstheorie eine wesentliche Aufgabe psychologischer Depressionstherapie in der Vermittlung alternativer, konstruktiver kognitiver Prozesse in Form funktionaler Kausalattributionen, entkatastrophisierter antizipierter Situationsentwicklungen und – analog der Kognitiven Theorie – positiverer Selbstbewertungen gesehen.

---

sionsmessinstrumenten operationalisieren, scheint die Darstellung einer allgemeinen Relevanz der Theorie für die Ätiopathogenese depressiver Störungen gerechtfertigt.

Als empirisch gut bewährt kann die Rolle der postulierten kognitiven Vulnerabilitätsfaktoren (dysfunktionale Kausalattributionen, katastrophisierende Erwartungen, selbstwertbeeinträchtigende Situationsbewertungen) und der Rumination für die Entwicklung und Chronifizierung depressiver Störungen gelten, sowie die Pufferwirkung durch soziale Unterstützung. Weniger gut belegt ist die postulierte Rolle der Hoffnungslosigkeit als Mediator zwischen kognitiver Vulnerabilität und depressiven Symptomen (Abramson et al., 2002).

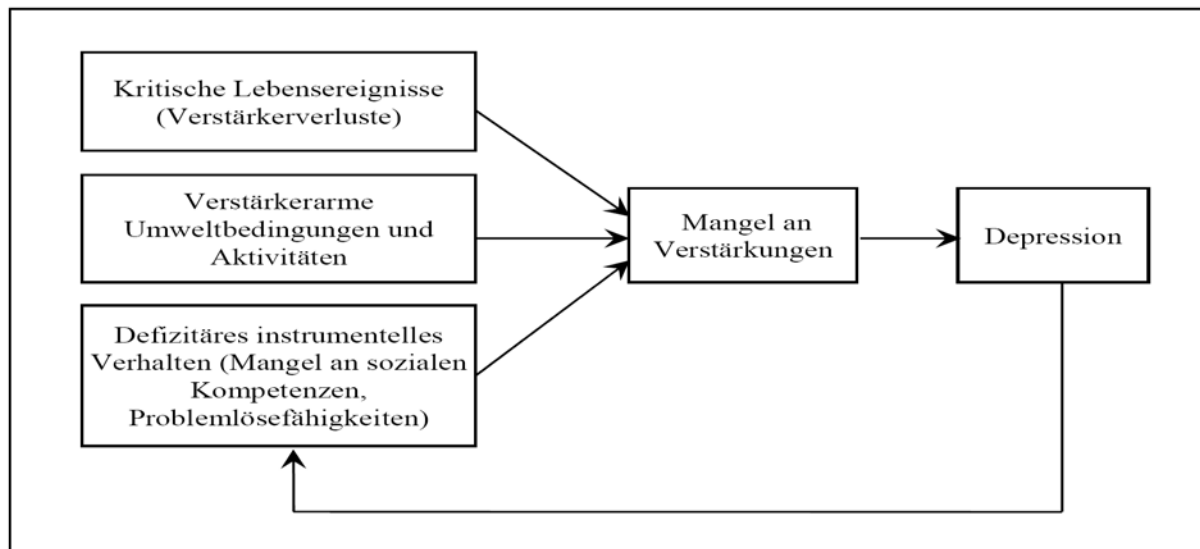


**Abb. 4:** Vereinfachte Pfaddiagrammdarstellung der Annahmen der Theorie der erlernten Hilflosigkeit/Hoffnungslosigkeit nach Seligman & Abramson.

*Das verhaltenstheoretische Modell* (Lewinsohn & Libet, 1972; Lewinsohn, 1974), das im deutschen Sprachraum etwas irreführend häufig als Verstärker-Verlust-Theorie bezeichnet wird, geht grundsätzlich davon aus, dass ein Mangel an positiven Verhaltenskonsequenzen (Verstärkung) zu depressiven Zuständen führt. Entsprechend dieses Ansatzes können depressive Störungen durch personale und/oder situationale Bedingungen entstehen. Auf personaler Seite zeigen zu Depressivität neigende Personen dysfunktionale, wenig Verstärkung nach sich ziehende Verhaltensmuster. Auf situationaler Ebene können einerseits Lebensumwelten bestehen, die generell mit wenig Verstärkungen bzw. mit aversiven Ereignissen verbunden sind; andererseits können kritische Lebensereignisse mit einem gravierenden Verlust an Verstärkung oder mit aversiven Folgen einher gehen. Der Mangel bzw. Verlust an positiven Verhaltenskonsequenzen führt in einer Abwärtsspirale zu verringerter Handlungsaktivität und somit zu einer weiteren Reduktion an Verstärkung. Lewinsohn und Graf (1973) kategorisierten nach inhaltlichen Kriterien drei Gruppen von Aktivitäten, die Probanden als positive Verstärkung

beurteilten: (a) inkompatible Affekte (z. B. in der Sonne sitzen; Musik hören), (b) soziale Interaktionen (z. B. mit Freunden oder einem geliebten Menschen zusammen sein), (c) Selbstwerterhöhung (z. B. eine Arbeit gut erledigen; etwas Neues lernen). Später verlagerte sich der Schwerpunkt der Theorienentwicklung in Richtung soziale/interpersonale/kommunikative Aspekte (Lewinsohn, Mischel, Chaplin & Barton, 1980; Youngren & Lewinsohn, 1980). Insbesondere in einem Defizit an sozial-kommunikativen Kompetenzen (vor allem in nahen Beziehungen) sowie in Einschränkungen an sozialer Unterstützung und sozialen Aktivitäten wurden Pfade zu einer depressiven Entwicklung gesehen (vgl. Joiner, 2002). Nach dem verhaltenstheoretischen Ansatz wird für eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung als relevant erachtet, dass die Patienten ihre Rate an positiver Verstärkung erhöhen können, so etwa durch das Erlernen sozial kompetenten Verhaltens, der Vermittlung von Problemlösestrategien, die eine Bewältigung negativer Lebensumstände unterstützen oder durch gezielte Aktivitäten, die mit positiven Konsequenzen verbunden sind (Lewinsohn, Sullivan & Grosscup, 1980).

Das verhaltenstheoretische Modell muss gegenüber der Kognitiven Theorie sowie der Hilflosigkeits-/Hoffungslosigkeitstheorie als weniger gut empirisch belegt bewertet werden. Zwar wurden in Übereinstimmung mit dem Modell konsistent querschnittliche Zusammenhänge zwischen Depressivität und der Anzahl sowie Qualität von Verstärkungen gefunden, es mangelt dem verhaltenstheoretischen Modell jedoch, wie einige Autoren zurecht monieren (z. B. Köhler, 1999), an experimentellen und prospektiven Studien, so dass eine kausale Rolle der Anzahl und Qualität von Verstärkungen für die Entwicklung depressiver Störungen fraglich bleibt. Weiterhin wurden zwar auf der Grundlage bzw. in Übereinstimmung mit der Theorie psychotherapeutische Behandlungsansätze entwickelt (soziales Kompetenztraining, Vermittlung von Problemlösefertigkeiten, Verhaltens-Aktivierung), deren Effektivität sowohl einzeln als auch in Kombination als gesichert gelten kann. Da jedoch keine Äquivalenzbeziehung zwischen dem verhaltenstheoretischen Ätiopathogenesemodell und einem daraus abgeleiteten psychotherapeutischen Behandlungsprozess besteht, da theorie-unspezifische Wirkmechanismen wie die Induktion von Hoffnung oder eine tragfähige therapeutischen Beziehung allgemein wirksam sind (z. B. Grawe, 2000), kann eine psychotherapeutische Wirksamkeit nicht als klarer Beleg für die Gültigkeit der zugrunde gelegten spezifischen Störungstheorie gewertet werden.



**Abb. 5:** Vereinfachte Pfaddiagrammdarstellung der Annahmen des verhaltenstheoretischen Verstärker-Defizit-Modells nach Lewinsohn.

Auch wenn die beschriebenen Erklärungsansätze depressiver Störungen aus unterschiedlichen Forschungstraditionen stammen, weisen sie doch inhaltliche Überschneidungen auf (vgl. auch die Ausführungen zu psychodynamischen Annahmen in Anhang 1), wie etwa die Betonung eines instabilen Selbstwertgefühles; Defizite, bedrohliche Situationen in einer konstruktiven Weise angehen und lösen zu können; eingeschränkte Fähigkeiten bei der Pflege positiver naher Beziehungen und der Mobilisierung sozialer Unterstützung sowie eine bis in die Kindheit zurückreichende Entwicklungsperspektive.

Bereits die Begründer der Depressionstheorien sahen und betonten Überschneidungen in den Modellannahmen (siehe Clark & Beck, 1999; Seligman, 1975) ohne allerdings ihre Entwürfe auf ein spezielles entwicklungspsychologisches Theoriegebäude zu beziehen. Integrationsorientierte Arbeiten liegen bislang überwiegend in Form empirischer Studien zu Zusammenhängen zwischen Einzelaspekten vor (z. B. Bieling & Alden, 2001; Kwon & Lemon, 2000) oder als theoretische Entwürfe, die durch selektive Studienergebnisse gestützt wurden (z. B. Ingram et al., 1998; Hyde, Mezulis & Abramson, 2008). Um von einer Ansammlung eher singulärer Studienergebnisse zu einem komplexen Verständnis der Entwicklung depressiver Beschwerden fortschreiten zu können, wurde in jüngerer Zeit wiederholt die Forderung formuliert, integrative Modelle auf entwicklungspsychopathologischer Grundlage zu entwickeln (z. B. Luyten, Blatt & Corveleyn, 2005; Zeiss, 2006).

Die Bemühungen um eine integrative Sichtweise auf die Ätiopathogenese depressiver Beschwerden sind verständlich angesichts der substanzwissenschaftlichen und anwendungsbe-

zogenen Fragen, die hiervon betroffen sind: Lassen sich verschiedene Erklärungsansätze in einen kohärenten theoretischen Rahmen integrieren? Ist ein solcher Rahmen heuristisch wertvoll, indem er zu weiterer Theorienbildung und zur Entdeckung bisher unbekannter empirischer Phänomene anregt? Sind konzeptuelle Vereinfachungen oder Präzisierungen von depressionsbezogenen Konstrukten und kausalen Zusammenhängen möglich? Lassen sich durch eine Integration der theoretischen Ansätze Fortschritte hinsichtlich der Prävention, der Behandlung, der differentiellen Indikationsstellung oder der Nosologie depressiver Erkrankungen erzielen?

In der vorliegenden Arbeit wird eine Möglichkeit, eine entwicklungspsychopathologisch orientierte, integrative Perspektive auf depressive Beschwerden einzunehmen, darin gesehen, mit dem individuellen Bindungsmuster<sup>13</sup> einen ontogenetisch früh sich konstituierenden, vergleichsweise zeitstabilen Persönlichkeitsmerkmalskomplex zu fokussieren, der in theoretischer und empirischer Hinsicht mit depressionstheoretischen Konstrukten und depressiven Störungen in Zusammenhang steht.

## 2.2 Die Bindungstheorie

### 2.2.1 Grundlagen der Bindungstheorie

Die Bindungstheorie (engl.: *attachment theory*) wurde in ihren Grundzügen von John Bowlby entwickelt (1969; 1973; 1977; 1980; 1988), der mit ihr einen komplexen, evolutionstheoretische, kybernetische, entwicklungs- und kognitionspsychologische Annahmen umfassenden theoretischen Rahmen aufspannte, in den er seine Beobachtungen, Ideen und Forschungsergebnisse als Kinderpsychiater zu Folgen frühkindlicher Trennung von den Eltern einordnen konnte. Obwohl Bowlby die Bindungstheorie ursprünglich entwickelte, um Phänomene emotionaler und behavioraler Bezogenheit von Kleinkindern zu ihren Fürsorgepersonen zu erklären, nahm er an, dass Bindung eine wichtige Komponente menschlicher Erfahrungen über die gesamte Lebensspanne hinweg („from the cradle to the grave“, Bowlby, 1979, S. 129) darstellt, da sie in enger Verbindung zur Generierung und Regulation basaler Emotionen (z. B. Furcht, Freude, Trauer) und sozialer Verhaltensweisen steht.

Gemäß der Bindungstheorie verfügen Menschen – wie auch andere intensiv Brutpflege betreibende Säugetiere – über ein angeborenes Verhaltenssystem, das körperliche Nähe und

---

<sup>13</sup> Unter den Begriff Bindungsmuster werden in dieser Arbeit sowohl Bindungsstilklassifizierungen als auch Wertzuweisungen auf bindungsbezogenen Dimensionen subsumiert (s. u.).

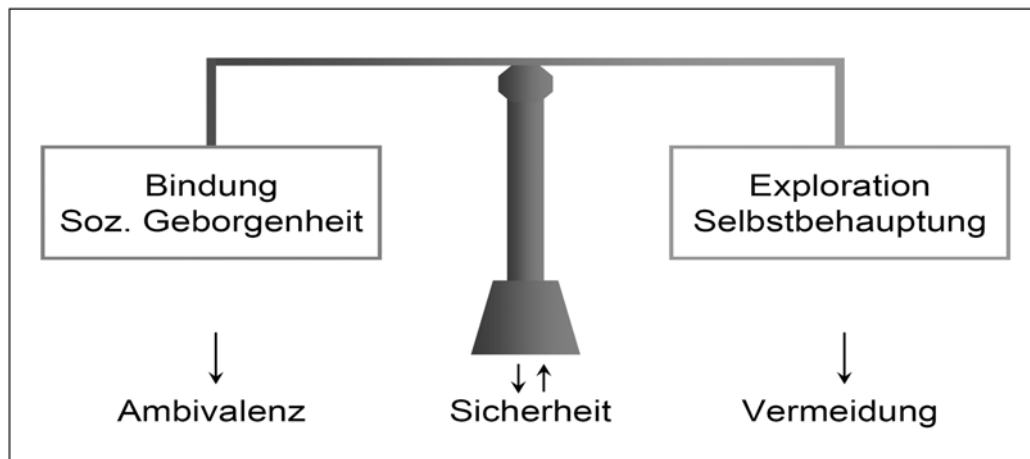
emotionale Verbundenheit zu Fürsorge spendenden Individuen (sog. „Bindungsfiguren“; in der Regel nahe Verwandte) herstellt und reguliert, um so Hilfe in Gefahren- und Mangelsituationen zu erhalten. Während bei Nicht-Hominoiden dieses Bindungsverhaltenssystem weitgehend angeboren-instinktgeleitet und somit relativ unflexibel organisiert wird (Polan & Hofer, 1999; Suomi, 1999), ist dieses System beim Menschen in hohem Maße anpassungsfähig an Umweltbedingungen. Je nachdem wie die jeweiligen Bindungsfiguren auf das Bindungsverhalten des Individuums reagieren, wird dieses den Erfahrungen gemäß angepasst, nicht nur hinsichtlich des konkreten Nähe suchenden Verhaltens (etwa schreien, hinlaufen, telefonieren) sondern auch hinsichtlich der emotionsbezogenen Strategie mit Gefahren- und Mangelsituationen umzugehen. So mag es für Individuen, die erfahren haben, dass ihr Nähe suchendes Verhalten von der Bindungsfigur abgelehnt oder bestraft wird, adaptiv sein, sich in Gefahrensituationen abzulenken und keine Angst oder Nähebedürftigkeit zu zeigen. Diese Angepasstheit, die im weiteren Lebensverlauf durchaus nicht immer funktional sein muss, ist das Resultat der menschlichen Denk- und Vorstellungsfähigkeit. Gemäß der Bindungstheorie entwickeln Menschen auf der Grundlage ihrer Erfahrungen mit Bindungsfiguren verhaltensleitende mentale Repräsentationen – so genannte „innere Arbeitsmodelle“ (engl.: *internal working models*) – von sich selbst, anderen Menschen und nahen Beziehungen, die Annahmen und Erwartungen darüber beinhalten, ob bzw. inwiefern man selbst der Fürsorge und Liebe anderer wert ist (Modell das Selbst), inwieweit andere Menschen vertrauenswürdig und fürsorglich sind (Modell anderer), und wie Beziehungen, die durch emotionale Nähe gekennzeichnet sind, generell ablaufen. Aus kognitionspsychologischer Perspektive entsprechen diese „inneren Arbeitsmodelle“ kognitiven Schemata bzw. Scripts.

Dass dem Bindungsverhaltenssystem ein Explorationsverhaltenssystem gegenüber steht, das auf Erkundung der und Selbstbehauptung in der Umwelt ausgerichtet und dann stärker aktiv ist, wenn die aktuelle Situation ungefährlich erscheint bzw. körperliche Nähe zu einer Bindungsfigur besteht, ist ebenfalls eine wichtige bindungstheoretische Annahme. Mary Ainsworth leistete Pionierarbeit auf dem Gebiet der Messung und Konzeptualisierung verschiedener infantiler Bindungsverhaltenstypen. Sie entwickelte ein Verfahren (Fremde-Situations-Test; Ainsworth & Wittig, 1969), bei dem das Bindungs- sowie das Explorationsverhaltenssystem 12-20 Monate alter Kinder aktiviert und systematisch beobachtet werden, indem in einem dem Kleinkind unbekannten, durch Spielsachen anregenden Raum kurze Trennungen zwischen ihm und seiner Bindungsfigur in Anwesenheit einer fremden Person stattfinden. Insbesondere die Art und Weise, in der das Kleinkind die Bindungsfigur nach deren jeweiliger Rückkehr von einer kurzen Trennung begrüßt, dient dabei als Grundlage für



eine Klassifikation des individuellen frühkindlichen Bindungsstils. Nach diesem Verfahren wurden ursprünglich drei Hauptbindungstypen differenziert: den *sicheren*, den *unsicher-vermeidenden* und den *unsicher-ambivalenten* Bindungstypus. Sicher gebundene Kinder interessieren sich in Anwesenheit der Bindungsfigur rasch für die bereitgelegten Spielsachen und zeigen explorative Verhaltensweisen. Nach dem Hinausgehen der Bindungsfigur zeigen sie Furcht und Unbehagen (weinen, zur Tür hinbewegen). Sie suchen aktiv Kontakt zur wiederkehrenden Bindungsfigur, strecken ihre Arme zur ihr hin und wollen hochgenommen und getröstet werden. Dieses Verhalten wird dahingehend interpretiert, dass ein sicher gebundenes Kind generell die Zuversicht besitzt, dass die Bindungsfigur verfügbar, feinfühlig und hilfsbereit sein wird, wenn es in bedrohliche Situationen kommt. Unsicher-vermeidende Kinder hingegen zeigen wenig Unbehagen und Furcht nach dem Hinausgehen der Bindungsfigur und setzen ihre Beschäftigung mit den Spielsachen fort oder nehmen Kontakt zur fremden Person auf. Gegenüber der wiederkehrenden Bindungsfigur zeigen diese Kinder keine Nähebedürftigkeit und wenden sich in extremen Fällen sogar von ihr ab. Vermeidende Kinder – so die bindungstheoretische Interpretation – besitzen kein Vertrauen auf Unterstützung, sondern erwarten im Gegenteil Zurückweisung, die sie vermeiden wollen, indem sie erst gar keine Nähe suchen. Die unsicher-ambivalenten Kinder verhalten sich uneindeutig, ihre Aufmerksamkeit ist auf die Bindungsfigur fokussiert und sie entwickeln nur zögerlich Interesse an den Spielsachen. Nach dem Hinausgehen der Bindungsfigur zeigen diese Kinder starke Anzeichen von Furcht und Unbehagen. Sie wollen Kontakt zur wiederkehrenden Bindungsfigur, zeigen aber gleichzeitig Kontaktwiderstand (etwa „steif machen“, wenn sie von der Bindungsfigur auf den Arm genommen werden), lassen sich nur schwer beruhigen und nehmen das Explorationsverhalten nicht wieder auf. Ein solches Kind ist sich unsicher, ob die Bindungsfigur verfügbar und unterstützend sein wird, wenn es sie braucht. Aufgrund dieser Unsicherheit neigt das Kind zu Trennungsangst, klammert sich oft an, fürchtet jedoch gleichzeitig Zurückweisung (für eine detaillierte Beschreibung frühkindlicher Bindungsmuster siehe Grossmann & Grossmann, 2004).

Abbildung 6 verdeutlicht das Spannungsfeld zwischen Bindungs- und Explorationsbedürfnis allegorisch am Bild einer Waage: Je nachdem, welches Bedürfnissystem bei einer Person dispositionally vorherrschend (im Bild: schwerer) ist, ergibt sich einer der klassischen drei Bindungstypen: Die ambivalente Bindung ist durch ein überstarkes Bedürfnis nach Bindung gekennzeichnet, vermeidende Bindung durch ein Übergewicht des Bedürfnisses nach Exploration/Selbstbehauptung, beim sicheren Bindungstyp dagegen besteht eine flexible, situationsangepasste Balance zwischen Bindungs- und Explorationsbedürfnis.



**Abb. 6:** Verdeutlichung der klassischen drei Bindungstypen am Bild einer Waage.

Einige Kinder (in Nicht-Risikogruppen 5 – 25 %, in Risikogruppen bis zu 80 %) konnten anhand des ursprünglichen Auswertungsschemas von Ainsworth nicht klar zu einem der klassischen Bindungstypen zugeordnet werden. Bei ihnen fielen bizarre, stereotype und mitunter auch gewalttätige Verhaltensweisen auf. Solche Kinder wurden von Ainsworth zunächst als „nicht klassifizierbar“ eingestuft. Main und Solomon (1986) sammelten diese Fälle und kamen zu dem Schluss, dass die verschiedenartigen bizarren Verhaltensweisen eine Gemeinsamkeit besitzen: Sie unterbrechen die vor dem spezifischen Erfahrungshintergrund der Kinder als adaptiv – im Sinne des Bindungsverhaltenszieles: in bedrohlichen Situationen Nähe zu einer fürsorgespendenden vertrauten Person aufrechtzuerhalten bzw. herzustellen – zu betrachtenden „organisierten“ klassischen Bindungsverhaltensmuster (sicher, vermeidend, ambivalent). Daher schlugen Main und Solomon (1986) vor, Kinder mit solchen bizarren Verhaltensauffälligkeiten primär als „desorganisiert/desorientiert“ einzustufen und sie nur sekundär – falls möglich – in eines der organisierten klassischen Bindungsmuster einzuordnen. Da sich desorganisierte Bindung als besonders starker Prädiktor für die Entwicklung psychosozialer Probleme und psychischer Störungen erwies (Cassidy & Mohr, 2001; van IJzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999), wurde die Kategorisierung des Fremde-Situations-Tests um diese Stufe erweitert. Die klassischen unsicheren Bindungsmuster (vermeidend, ambivalent) müssen freilich auch als potentiell dysfunktional angesehen werden, da in bedrohlichen Situationen die Verhaltensstrategien dieser Kinder in vielen Kontexten ungeeignet sind, rasch ein Gefühl der Sicherheit zu rekonstituieren. Entsprechend wurden bei Kindern mit vermeidender oder ambivalenter Bindung im Rahmen der Fremde-Situation erhöhte physiologische Stressparameter festgestellt (vgl. Spangler, Grossmann & Schieche, 2002).

## 2.2.2 Konzeptualisierung und Messmethoden von Bindungsmustern bei Erwachsenen

Entsprechend der Altersabhängigkeit der Ausformung und Messbarkeit bindungstheoretischer Konstrukte wurden bindungsdiagnostische Instrumente für bestimmte Alterszielgruppen entwickelt. Da zudem von verschiedenen Forschergruppen unterschiedliche empirische Zugänge zum Bindungsverhaltenssystem präferiert werden, besteht im Bereich der Bindungsforschung eine beträchtliche Methodendiversität, die sich in einer Vielzahl verfügbarer Messinstrumente zur Erhebung von Bindungsmerkmalen widerspiegelt (vgl. Kirchmann & Strauß, 2008).

Seit Mitte der 80er-Jahre wurden verstärkt Versuche unternommen, auch bei Erwachsenen Bindungsmerkmalserhebungen vorzunehmen. Hierbei haben sich zwei Forschungstraditionen weitgehend unabhängig voneinander herausgebildet, die sich sowohl in Bezug auf ihre Messmethoden als auch ihre Fragestellungen unterscheiden: einerseits die Tradition der Fremdeinschätzungsverfahren (projektive und Interviewverfahren), die vorwiegend von entwicklungspsychologischen Forschern konstruiert und angewandt wurden (für einen ausführlichen Überblick siehe Hesse, 1999; Buchheim & Strauß, 2002); andererseits die selbsteinschätzungsbasierten Fragebogenverfahren (siehe Höger, 2002), die üblicherweise in der Sozial- und der Persönlichkeitspsychologie Verwendung fanden. Innerhalb der gegenwärtigen klinischen Erwachsenenbindungsforschung vermischen sich diese beiden getrennten und miteinander widerstreitenden Traditionen, wie man etwa aus dem Special Issue „The psychodynamics of adult attachments: Bridging the gap between disparate research traditions“ der Zeitschrift *Attachment and Human Development* (Steele, 2002) entnehmen kann.

Im Bereich der Fremdeinschätzungsinstrumente spielt das Adult Attachment Interview (AAI; Main, Kaplan & Cassidy, 1985) eine herausragende Rolle. Nicht nur, dass mit der Entwicklung dieses Verfahrens die Erwachsenenbindungsforschung überhaupt erst begann und eine Hinwendung zu mentalen Repräsentationen von Bindungserfahrungen eingeleitet wurde. Es ist auch nach wie vor international das mit Abstand am häufigsten verwendete bindungstheoretische Fremdeinschätzungsverfahren im Erwachsenenalter, und es dient anderen bindungsdiagnostischen Fremdeinschätzungsinstrumenten häufig als Validitätskriterium (z. B. Adult Attachment Projective, AAP, George & West, 2001; Adult Attachment Behavior Q-Set, AABQ, Wampler, Riggs & Kimball, 2004; Current Relationship Interview, CRI, Owens et al., 1995). Im AAI werden die Antworten von Probanden auf Fragen zu nahen Beziehungen und Verlusten in ihrer Kindheit detailliert inhaltlich und formal-sprachlich analysiert. Auch für die meisten anderen Fremdeinschätzungsverfahren bilden formal-sprachliche Aspekte eine zentrale Rolle für die Auswertung. Grundannahme ist hierbei, dass im Erwachsenenalter für den Rückschluss auf das Bindungsmuster nicht unmittelbar konkrete Situationen oder das

konkrete Verhalten und Erleben in nahen Beziehungen ausschlaggebend sind, sondern ihre mentale Verarbeitung, die sich in den sprachlich erschließbaren Repräsentationen widerspiegelt. Von besonderer Relevanz ist hierbei das Kriterium der Kohärenz (vgl. Ziegenhain, 2001), womit eine ausgewogene, stimmige, nachvollziehbare sprachliche Darstellungsform bezeichnet wird, ein differenziertes Zusammenpassen episodisch-konkreter und semantisch-abstrakter Erzählinhalte. Während Kohärenz bei den Äußerungen zu bindungsrelevanten Themen als Indikator für Bindungssicherheit gilt, zeichnen sich unsicher gebundene Personen durch spezifisch inkohärente Erzählformen aus: Die Erzählweise vermeidender Personen ist abstrakt und lückenhaft, wohingegen für ambivalente Personen eine ausufernde, sich in konkreten Details verlierende Erzählweise charakteristisch ist. Einige Fremdeinschätzungsverfahren differenzieren auch einen Bindungstypus analog zur desorganisierten Kategorie des Fremde-Situations-Tests, den sog. unverarbeiteten (engl.: *unresolved*) Typus. Im AAI wird diese Kategorie vergeben, wenn bei Interviewpassagen zu traumatischen Kindheitserlebnissen „bizarres Sprachverhalten“ auftritt wie kognitive Desorientierung (z. B. raum-zeitliche Widersprüche) oder sprachliche Desorganisation (z. B. langes Schweigen, unvollständige Sätze).

Dass von der Art und Weise sprachlicher Repräsentationen bindungsrelevanter Inhalte erfolgreich (im Sinne empirisch gefundener Zusammenhänge bzw. Unterschiede) auf gegenwärtiges Erleben und Verhalten Erwachsener geschlossen werden kann, ist sicher ein faszinierender Aspekt der auf Fremdeinschätzungen beruhenden Bindungsforschung. Ein gravierender Nachteil allerdings liegt in dem großen Aufwand, den solche Fremdeinschätzungsverfahren mit sich bringen.<sup>14</sup> Weiterhin besteht bei diesen allgemeine sprachliche Aspekte beachtenden Verfahren implizit die Annahme, dass das Bindungsmuster einer Person ein generelles Merkmal darstellt, das nicht in Bezug auf verschiedene Bindungsfiguren der Person divergiert (d. h. grundsätzlich gleich ist z. B. in Bezug auf die Person der Mutter wie der des Lebenspartners), was in Widerspruch zur empirischen Ergebnislage steht. Denn einerseits zeigten bereits in den 70er Jahren Studien mit Kleinkindern, dass das Bindungs- und Explorationsverhalten des Kindes in der Fremde-Situation deutlich divergieren kann, je nachdem mit welcher Bindungsfigur (Mutter versus Vater) die Fremde-Situation durchgeführt wurde (vgl. Grossmann & Grossmann, 2004). Andererseits erbrachten methodenvergleichende Studien mit Erwachsenen deutlich höhere Konvergenzen für bindungsdiagnostische Instrumente, die

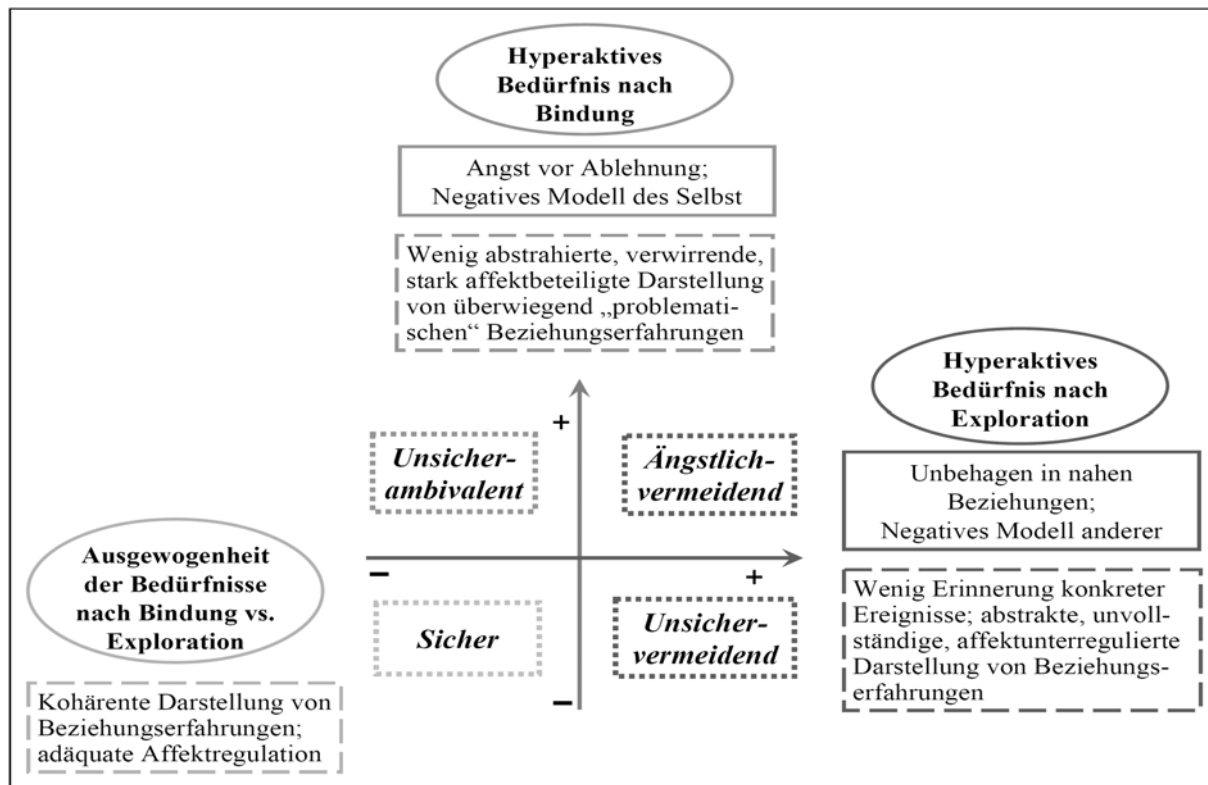
---

<sup>14</sup> Bei diesen Verfahren muss in der Regel erst eine Schulung besucht und ein Reliabilitätsnachweis erfolgreich absolviert werden. Für eine Datenerhebung sind Interviews zu führen, aufzuzeichnen und bei den meisten Verfahren auch zu transkribieren. Für die Einschätzungen müssen Kodierregeln und Entscheidungsalgorithmen genau beachtet werden, und für eine Bestimmung der Reliabilität müssen von zwei unabhängigen Auswertern Einschätzungen vorliegen.

den gleichen Personen- (z. B. Partner) bzw. Zeitfokus (z. B. Gegenwart) haben (vgl. Kirchmann, Fenner & Strauß, 2007; Overall, Fletcher & Friesen, 2003; Stein et al., 2002).

Für den Bereich der ungleich ökonomischeren Selbsteinschätzungsverfahren, deren Spektrum von einfachen Ein-Item-Prototypenbeschreibungen der klassischen Bindungstypen bis hin zu komplexen Multi-Item-Fragebögen reicht, ist in den letzten Jahren eine forschungsmethodische Prosperität zu konstatieren, die neben wissenschaftlich wünschenswerten Methodenstudien zur Reliabilität und Validität einzelner Verfahren auch – eher problematisch – ein Anwachsen der Anzahl von Bindungsfragebögen umfasst, die häufig nur spärlich validiert wurden und deren Dimensionen sowohl inhaltlich als auch bezüglich ihrer Anzahl unterschiedlich sind (für einen Überblick siehe Kirchmann & Strauß, 2008). Der Problematik der Heterogenität der Dimensionen zwischen den verfügbaren Bindungsfragebögen haben sich im englischsprachigen Raum drei methodische Studien angenommen (Brennan, Clark & Shaver, 1998; Fraley, Waller & Brennan, 2000; Stein et al., 2002). In diesen Studien, bei denen die Probanden jeweils eine größere Anzahl verfügbarer Bindungsfragebögen ausfüllten, wurden übereinstimmend zwei orthogonale Dimensionen extrahiert, die jeweils einen Aspekt unsicherer Bindung beinhalteten und als *Anxiety* (Bindungsambivalenz) respektive *Avoidance/Close* (Bindungsvermeidung) bezeichnet wurden. Bindungssicherheit würde somit durch niedrige Werte auf beiden Dimensionen abgebildet. Kritisch anzumerken ist allerdings, dass diese Dimensionsextraktionen abhängig sind von den Items, auf denen sie beruhen, und nicht notwendigerweise alle relevanten Aspekte des Bindungskonstrukts umfassen. So existiert bislang kein Selbstbeschreibungsinstrument, das eine Erhebung desorganisierter/unverarbeiteter Bindung ermöglicht. Weiterhin zeigten Item-Response-Analysen, dass die Informationsfunktionen vieler Selbstbeschreibungsskalen im niedrigen und hohen Extrembereich stark abfielen, so dass bei sehr hohen bzw. niedrigen Skalenwerten Probleme mit der Messpräzision und Änderungssensitivität bestehen (Fraley, Waller & Brennan, 2000).

Immerhin können in das faktorenanalytisch gewonnene zweidimensionale Modell die von Bowlby (1973) bezeichneten und von Bartholomew und Horowitz (1991) weiter elaborierten inhaltlichen Aspekte der inneren Arbeitsmodelle (Modell des Selbst, Modell anderer) sowie das soeben beschriebene Kohärenzkriterium und des weiteren die beiden in Abbildung 6 dargestellten, sich in einem Spannungsfeld befindenden Grundbedürfnisse nach Bindung/Sicherheit bzw. Exploration/Autonomie inhaltlich stimmig integriert werden, wodurch ein umfassendes, integratives Modell für Bindung im Erwachsenenalter konzipiert wird (vgl. Abbildung 7).



**Abb. 7:** Bindungstypen als 4-Felder Schema auf dem Hintergrund der Bedürfnisse nach Bindung vs. Exploration (durchgezogene Kästen bezeichnen inhaltliche Dimensionen der Selbsteinschätzungstradition, gestrichelte Kästen sprachliche Aspekte der Fremdeinschätzungstradition).

Allerdings ist dieses integrative Modell nicht empirisch belegt und kann nur als Überblick und Orientierung dazu dienen, entlang welcher Dimensionen und in welcher Bandbreite Bindungsmuster im Erwachsenenalter gegenwärtig in der Forschung erhoben werden. Denn tatsächlich besteht eine beträchtliche Methodenproblematik im Bereich der Erwachsenenbindungsforschung dadurch, dass in den wenigen Studien, die Instrumente aus den unterschiedlichen Forschungstraditionen miteinander verglichen, nur eher geringe Konvergenzen zwischen den Methoden gefunden wurden (Bartholomew & Shaver, 1998; Shaver, Belsky & Brennan, 2000; Strauß et al., 2006), die mitunter nicht einmal statistische Signifikanz erreichten (z. B. Holtzworth-Munroe, Stuart & Hutchinson, 1997; Riggs et al., 2007; Simpson, Rholes, Orina & Grich, 2002; vgl. auch die Metaanalyse von Roisman et al., 2007), so dass sich bei manchen Forschern die Überzeugung durchgesetzt hat, die Verfahren würden verschiedene Konstrukte operationalisieren (z. B. Jacobvitz, Curran & Moller, 2002). Dagegen wiederum spricht, dass mit beiden Verfahrensklassen theorie- und erwartungskonforme Ergebnisse erzielt wurden, was für die Interpretation spricht, dass die Verfahren keine unterschiedlichen Konstrukte messen, sondern unterschiedliche Aspekte desselben Konstruktes fokussieren:

Fremdeinschätzungsverfahren akzentuieren die bewusstseinsfernere kognitive Repräsentation von Bindungsmustern, wohingegen Selbsteinschätzungsverfahren das bewusstseinsnahe Verhalten und Erleben in nahen Beziehungen operationalisieren (Bartholomew & Shaver, 1998; Bernier, Larose & Boivin, 2007; Roisman et al., 2007). Immerhin besteht Konsens darin, dass die von Ainsworth identifizierten klassischen Bindungstypen (sicher, vermeidend, ambivalent) auch in Bezug auf Erwachsene Gültigkeit besitzen. Zudem erlauben fast alle Bindungsinstrumente, eine Dimension für Bindungssicherheit/Bindungsunsicherheit zu konstruieren (vgl. Kirchmann, Fenner & Strauß, 2007).

### 2.2.3 Stabilität von Bindungsmerkmalen

Auch wenn die bisherigen Ausführungen nahe legen, dass frühkindliche Bindungserfahrungen für Menschen besonders bedeutsam sind, da die auf ihnen beruhenden inneren Arbeitsmodelle die Wahrnehmungs-, Erlebens- und Verhaltensbasis für nachfolgende Bindungserfahrungen bilden, so bestehen Bedürfnisse nach Nähe, Schutz und Trost doch über die gesamte Lebensspanne hinweg. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass bindungsbezogene innere Arbeitsmodelle, sich einerseits von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter weiter entwickeln (und qualitativen Veränderungen unterliegen) und andererseits wie kognitive Schemata durch inkongruente Erfahrungen (veränderte, neuartige Erlebnisse) oder durch metakognitive Reflexion (Einsicht, Neubewertung) grundsätzlich veränderbar sind. Empirisch ist die Veränderbarkeit von Bindungsmerkmalen auch gut belegt. Neben langfristigen, von der frühen Kindheit bis ins Erwachsenenalter reichenden Längsschnittstudien liegen hierzu Arbeiten zu Lebensübergängen (engl.: *transitions*), kritischen Lebensereignissen und zur Wirkung von Psychotherapie vor.

Erst in jüngerer Zeit sind mehrere prospektive Studien erschienen, bei denen der Verlauf von Bindungsmustern von der frühen Kindheit an (erstes oder zweites Lebensjahr) bis ins frühe Erwachsenenalter (18.-23. Lebensjahr) untersucht wurde (Grossmann & Grossmann, 2004; Hamilton, 2000; Lewis, Feiring & Rosenthal, 2000; Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2005a; Waters, Merrick, Treboux, Crowell & Albersheim, 2000). Dabei wurden Bindungsmerkmale jeweils mit dem Fremde-Situations-Test und letztmalig mit dem AAI erhoben. Über den etwa 20-jährigen Zeitraum hinweg wurden Übereinstimmungen in den traditionellen Bindungskategorien von höchstens 64 % (Waters et al. 2000) und hinsichtlich der Dichotomie sichere versus unsichere Bindung von höchstens 77 % gefunden (Hamilton, 2000). Andere Studien fanden keine signifikanten Konvergenzen (Grossmann & Grossmann, 2004;

Lewis et al., 2000; Sroufe et al., 2005a). Übereinstimmend konnten in diesen Untersuchungen kritische Lebensereignisse identifiziert werden, welche die Fürsorge durch Bindungsfiguren bzw. die gefühlte Sicherheit der Kinder beeinträchtigten und Veränderungen in Richtung Bindungsunsicherheit theoriekonform aufklären konnten. Solche kritischen Lebensereignisse waren der Verlust eines Elternteils, die Scheidung/Trennung der Eltern, eine lebensbedrohliche Erkrankung eines Elternteils, eine psychiatrische Erkrankung eines Elternteils und sexueller oder körperlicher Missbrauch während der Kindheit. Auch wenn berücksichtigt werden muss, dass in diesen Studien entsprechend des Lebensalters der Untersuchungsteilnehmer unterschiedliche Instrumente zur Erhebung von Bindung eingesetzt wurden und somit fehlende Übereinstimmungen im Bindungsmuster über die Zeit hinweg teilweise auf Spezifika der Messmethoden zurück zu führen sind, so weisen doch die gefundenen theoriekonformen Prädiktoren für Veränderungen im Bindungsmuster darauf hin, dass tatsächlich auch „wahre“ Veränderungen stattfanden.

Weniger eindeutig ist die Ergebnislage zu Veränderungen von Bindungsmustern über relativ kurze Zeiträume hinweg. Tabelle 1 fasst die Ergebnislage zu jeweils mit demselben Messinstrument erhobenen Veränderungen in Bindungsmustern im Rahmen von Lebensübergängen und kritischen Lebensereignissen (d. h. potentiell veränderungssensible Phasen) zusammen. Wichtig ist hierbei zu bedenken, dass Unterschiede zwischen den Messungen mit demselben Instrument auch auf fehlender Messpräzision beruhen können. Daher sind in Tabelle 1 entsprechende Reliabilitätsschätzungen mit angegeben. Von „wahren Veränderungen“ kann nur dann ausgegangen werden, wenn die Stabilitätsparameter (kategoriale Übereinstimmung bzw. Korrelationen zwischen zwei Messgelegenheiten) kleiner sind als die Reliabilitätsparameter (kategoriale Übereinstimmungen/Korrelationen zur selben Messgelegenheit oder nach unbedeutendem Zeitintervall). Wie der Vergleich zwischen Stabilitäts- und Reliabilitätsparametern zeigt, kann bei den meisten Untersuchungen tatsächlich vom Auftreten „wahrer Veränderungen“ in den Bindungsmustern ausgegangen werden. Darüber hinaus zeigt sich recht konsistent, dass die Gruppe der sicher gebundenen Personen jeweils die höchste Stabilität im Bindungsmuster aufweist (77 – 96 %) gefolgt von der vermeidenden (54 – 79 %) und der ambivalenten Gruppe (27 – 45 %).



**Tab.1:** Überblick über nicht-klinische Studien, die relativ kurzfristige (max. zwei Jahre) Veränderungen in Bindungsmustern zwischen zwei Zeitpunkten (T1, T2) im Rahmen von Lebensübergängen oder kritischen Lebensereignissen untersuchen.

Autoren	Stichprobe	Zeitraum (Wochen)	Instrument	Prozentuale Übereinstimmung T1,T2			Korrelation T1,T2	Reliabilitäts- Schätzung <sup>1</sup>
				sicher	ambivalent	vermeidend		
Crowell, Treboux & Waters, 2002	Heirat (N = 161)	21 Monate	AAI	96.0	27.0	79.0		Konkordanz <sub>ir</sub> = 74 %
Zimmermann & Becker-Stoll, 2002	16.-18. Lebensjahr (N = 39)	2 Jahre	AAI-Q-Sort	88.9	30.0	54.5	Sicherheit: $r = .51$ Ambivalenz: $r = .64$ Vermeidung: $r = .48$	Konkordanz <sub>ir</sub> = 93 % $r_{ir}$ Sicherheit = .91 $r_{ir}$ Ambivalenz = .89 $r_{ir}$ Vermeidung = .89
Allen et al., 2004	16.-18. Lebensjahr (N = 101)	2 Jahre	AAI-Q-Sort				Sicherheit: $r = .61$	$r_{ir}$ Sicherheit = .84
Davila, Karney & Bredbury, 1999	Heirat (N = 105)	2 Jahre	AAS				Nähe: $r = .65$ Vertrauen: $r = .63$ Angst: $r = .68$	$\alpha$ -Nähe = .80 $\alpha$ -Vertrauen = .82 $\alpha$ -Angst = .84
Simpson et al., 2003	Geburt 1. Kind (N = 198)	30 Wochen	ASQ				Ambivalenz: $r = .65$ Vermeidung: $r = .66$	$\alpha$ -Angst = .82 $\alpha$ -Vermeidung = .79
Cozzarelli, Karafa & Collins, 2003	Schwangerschafts- abbruch (N = 339)	2 Jahre	RQ	66.0	38.2	41.9		Konkordanz <sub>t1,t2</sub> = 77 %
Lopez & Gormley, 2002	Studiumbeginn (N = 207)	6 Monate	RQ	64.6	58.6	40.5		(59 % Scharfe & Bartholomew, 1994)
Ruvolo, Fabin & Ruvolo, 2001	Partnertrennung (N = 322)	5 Monate	RQ	59.1	31.4 %	25.9 %		
Scharfe & Cole, 2006	Studiumabschluss (N = 109)	6 Monate	RSQ				Angst: $r = .72$ Vermeidung: $r = .75$	$\alpha$ -Angst = .73 $\alpha$ -Vermeidung = .71

<sup>1</sup>: Angaben zu Reliabilitätsschätzungen wurden falls möglich den Originalarbeiten entnommen oder entstammen Studien mit kurzem Messwiederholungsintervall und ohne Lebensübergang oder kritisches Lebensereignis; Konkordanz<sub>ir</sub>: prozentuale Interraterübereinstimmung zur ersten Messgelegenheit;  $r_{ir}$ : Korrelation zwischen den Ratern zur ersten Messgelegenheit; Konkordanz<sub>t1,t2</sub>: prozentuale Retestübereinstimmung.

Eine genauere Betrachtung der Studien ergab, dass kein relativ vermehrter Wechsel zwischen den beiden unsicheren Bindungsgruppen bestand, sondern ein Wechsel hin von unsicherer zu sicherer Bindung, so dass zur jeweils zweiten Messgelegenheit in den meisten Untersuchungen insgesamt mehr Personen als bindungssicher eingestuft waren. Dieses Ergebnis kann derzeit nicht klar interpretiert werden. Im Falle von Fremdeinschätzungen erscheint es generell fraglich, ob mit in relativ kurzem Zeitabstand durchgeführten Interviewverfahren, bei denen die Kohärenz der Antworten und Schilderungen eine wesentliche Rolle für die Auswertung spielt, überhaupt „wahre Veränderungen“ in Richtung Bindungssicherheit erfasst werden können. Eventuell ergibt sich eine höhere Kohärenz (und damit der Rückschluss auf höhere Bindungssicherheit) alleine schon daraus, dass zum wiederholten Male dieselben Fragen gestellt und entsprechende Antworten gegeben werden. Bei Selbsteinschätzungsverfahren wiederum könnten Tendenzen der sozialen Erwünschtheit das Antwortverhalten gerade zur zweiten Messgelegenheit beeinflussen, wenn man davon ausgeht, dass die untersuchten Personen über die Fragen und ihre Antworten noch weiter nachdenken und moralische Bewertungen vornehmen. Mehr Klarheit in diese Validitätsproblematik könnten Studien erbringen, die nicht nur das Auftreten von Veränderungen in Bindungsmustern über relativ kurze Zeiträume hinweg analysieren, sondern auch Prädiktoren identifizieren, durch die solche Veränderungen aufgeklärt werden können. Zwar gibt es Studien, bei denen solche Prädiktoren gefunden wurden, wie etwa bei Jugendlichen ein „Familien-Armutsstatus“ (Allen et al., 2004) oder ein Maß für Ich-Identitätsdiffusion (Zimmermann & Becker-Stoll, 2002), doch die Studien prüften keine Veränderungsverursachung im Sinne eines Methodenartefaktes und hatten explorativen Charakter, insofern der jeweilige Prädiktor aus einer ganzen Reihe möglicher Vorhersagevariablen identifiziert wurde. Zudem waren die Anteile aufgeklärter Veränderungen nur gering.<sup>15</sup>

Bislang liegen nur wenige empirische Arbeiten vor, in denen untersucht wurde, ob sich Bindungsmerkmale infolge psychotherapeutischer Behandlungen verändern. Da korrektive emotionale Erfahrungen (schema-inkongruente Erlebnisse) und metakognitive Reflexion (Einsicht, Neubewertung) zentrale Bestandteile psychotherapeutischer Interventionen darstellen und als allgemeine Wirkfaktoren diskutiert werden (vgl. Holmes & Kivlighan, 2000), liegt die Annahme nahe, dass gerade im Rahmen psychotherapeutischer Interventionen eine Veränderung von Bindungsmustern (in Richtung Bindungssicherheit) erreicht werden kann.

---

<sup>15</sup> Für eine differenzierte Beurteilung bislang noch zu wenige empirische Ergebnisse liegen zu einem Ansatz vor, nach dem Personen generell instabile, fortlaufend sich verändernde Bindungscharakteristika aufweisen, insofern sie bestimmten, die Klarheit und Konsistenz ihrer bindungsbezogenen inneren Arbeitsmodelle beeinträchtigenden Risikofaktoren ausgesetzt sind, wie Neurotizismus, Persönlichkeitspathologie oder Kindheitserfahrungen von Scheidung und Psychopathologie der Eltern (Baldwin & Fehr, 1995; Davila, Burge & Hammen, 1997; Davila & Cobb, 2003).

Fonagy et al. (1996) fanden, dass 40 % der Borderlinepatienten, die mit dem AAI eingeschätzt wurden, vom vermeidenden Bindungstyp vor der Therapie zum sicheren nach der Therapie wechselten. Ebenfalls mit dem AAI arbeiteten Diamond, Stuvall-McClough, Clarkin und Levy (2003). Sie wendeten an allerdings nur 10 Borderlinepatienten das AAI vier Monate nach Beginn einer psychoanalytisch orientierten Therapie (sog. Transferenz-Fokussierte Psychotherapie) an und wiederholten es nach einem Jahr Behandlung. Von diesen 10 Patienten wurde anfangs nur einer als sicher klassifiziert, acht Monate später waren es drei. In einer weiteren Studie von Travis, Binder, Bliwise und Horne-Moyer (2001), bei der mit dem Bartholomew Attachment Rating ein eher ungebräuchliches Interviewverfahren angewandt wurde, fanden sich bei 29 Patienten mit verschiedenen psychischen Störungen Zuwächse in der eingeschätzten Bindungssicherheit vom Beginn der Therapie zum Therapieende, wohingegen sich ambivalente und ängstlich-vermeidende Bindungsanteile verringerten. Nach der Therapie wurden sieben Patienten als sicher eingestuft, vor der Therapie kein einziger. Zudem zeigten die nach der Therapie als sicher eingestuften Patienten signifikant geringere Symptomwerte für die mit der Symptomcheckliste-90-R (SCL-90-R; Derogatis, 1977) eingeschätzte Ängstlichkeit und Depressivität sowie ein höheres allgemeines psychologisches Funktionsniveau (erhoben mit der auf Fremdeinschätzungen basierenden Global Assessment Scale (GAS; Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976).

In einer weiteren Studie verwendeten Lawson, Barnes, Madkins und Francois-Lamonte (2006) in einer nicht-klinischen Stichprobe mit der AAS ein Selbstbeschreibungsinstrument zur Erhebung von Bindungsmerkmalen bei 42 wegen Gewalttätigkeit in Partnerschaften behandelten männlichen Personen. Nach 17 Wochen einer integrierten kognitiv-behavioralen/psychodynamischen Intervention wurde auch in dieser Studie ein signifikanter Zuwachs an sicher gebundenen Behandlungsteilnehmern gefunden. Darüber hinaus zeigten Männer, die in die sichere Bindungskategorie wechselten auch geringere Werte in einem Summenwert aus selbsteingeschätzter Ängstlichkeit und Depressivität zum Ende der Behandlung, nicht aber in der GAS.

Diese Ergebnisse sind nicht nur wegen der kleinen Stichproben mit Vorsicht zu betrachten, denn weiterhin wurden keine Kontrollgruppen erhoben, so dass unklar bleibt, ob die gefundenen Veränderungen in den Bindungsmustern wirklich auf die psychotherapeutischen Interventionen zurückzuführen sind. Levy und Mitarbeiter (2006) publizierten eine Studie, in der Bindungsmusterveränderungen in verschiedenen Therapiearmen erhoben wurden. Wiederum wurden Borderlinepatienten untersucht und AAI-Erhebungen vor der Therapie und ein Jahr nach Therapiebeginn durchgeführt. Die 90 Patienten wurden randomisiert zu drei Behand-

lungsbedingungen zugewiesen (Transferenz-Fokussierte Psychotherapie, Dialektisch-Behaviorale Therapie, Psychodynamisch-Supportive Psychotherapie). Insgesamt wurden lediglich drei der 90 Patienten vor der Behandlung als sicher klassifiziert. Signifikante Veränderungen wurden nur für diejenige Gruppe festgestellt, die Transferenz-Fokussierte Psychotherapie erhielt. In dieser Gruppe wurden nach der Therapie sechs weitere Patienten als sicher klassifiziert.

Auch wenn die Studienlage zu psychotherapieinduzierten Veränderungen von Bindungsmerkmalen bislang als dürftig bezeichnet werden muss und Untersuchungen mit unbehandelten Kontrollgruppen unter Einbezug von Katamnesedaten fehlen, so zeichnet sich doch bisher ab, dass durch Psychotherapie kurzfristig ein Zuwachs in Bindungssicherheit erreicht werden kann und Veränderungen in Richtung Bindungssicherheit mit symptombezogenen Verbesserungen assoziiert zu sein scheinen. Ob solche Veränderungen auch langfristig bestehen bleiben kann allerdings derzeit nicht beantwortet werden.

#### **2.2.4 Klinische Relevanz von Bindungsmustern**

Die Bindungstheorie betrachtet unsichere Bindungsmuster nicht per se als psychopathologisch. Denn immerhin wird auch deren Konstituierung als grundsätzlich adaptiv in Bezug auf zeitgleich bestehende interpersonale Umweltbedingungen betrachtet, und zudem werden auch in nicht-klinischen Stichproben etwa mit dem Fremde-Situations-Test oder dem AAI ca. 40-50 % der untersuchten Personen zu einem der unsicheren Bindungstypen zugeordnet (vgl. van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996; van IJzendoorn & Kroonberg, 1988). Allerdings bestehen vielfältige Zusammenhänge zwischen unsicheren Bindungsmerkmalen und psychopathologiebezogenen Konstrukten und Symptomen.

Hinsichtlich querschnittlicher Studien zu Zusammenhängen zwischen Merkmalen unsicherer Bindung im Erwachsenenalter und erhöhter Psychopathologie liegt eine konsistente empirische Ergebnislage vor. Einerseits zeigten sich Assoziationen zwischen unsicheren Bindungsmerkmalen und höheren Werten auf psychopathologischen Symptomskalen; andererseits wurden unsichere Bindungstypen häufiger in Stichproben aus Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen gefunden als in nicht-klinischen. Die meisten Studien hierzu wurden mit dem AAI durchgeführt. Aber auch mit anderen Fremdeinschätzungsinstrumenten wie dem EBPR (Strauß et al., 2006) oder dem AAP (West & George, 2002) sowie mit verschiedenen Selbsteinschätzungsverfahren – etwa der AAS (Safford et al., 2004), dem ECR (Wei et al.,

2005) dem ASR (Mickelson, Kessler & Shaver, 1997) oder dem BFPE (Runkewitz, Kirchmann & Strauß, 2006) – wurden entsprechende Zusammenhänge gefunden. Tabelle 2, in der drei Überblicksarten zusammengefasst wurden (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996; Fonagy et al., 1996; Dozier, Stovall & Albus, 1999), gibt einen Einblick in die Ergebnislage zu Zusammenhängen zwischen den Bindungskategorien aus dem AAI und verschiedenen psychischen Störungen. Aus Tabelle 2 wird ersichtlich, dass im Vergleich zu nicht-klinischen Probanden in verschiedenen klinischen Stichproben vergleichsweise weniger Personen vorkommen, die sicher gebunden sind, dafür aber deutlich mehr mit ambivalenter Bindung.<sup>16</sup> Dagegen sind die Häufigkeiten unsicher-vermeidend gebundener Personen – außer bei Essstörungen, antisozialer Persönlichkeitsstörung und schweren psychiatrischen Erkrankungen (Kategorie „psychiatrisch hospitalisiert“) – nicht wesentlich erhöht. Auch hinsichtlich der Werte auf verschiedenen psychopathologischen Symptomskalen zeigten in der Regel ambivalent und ängstlich-vermeidend gebundene bzw. desorganisierte Personen die höchsten Ausprägungen im Vergleich zu vermeidenden und – in der Regel noch deutlicher – sicher gebundenen Personen (Pianta, Egeland & Adam, 1996; Strauß et al., 2006).

**Tab. 2:** Prozentuale Häufigkeiten der Dreifach-Klassifikation des Adult-Attachment-Interviews in nicht-klinischen und klinischen Stichproben.

<b>Prozentsatz der Klassifikationen</b>				
<b>Art der Stichproben</b>	<b>N</b>	<b>Sicher-autonom</b>	<b>Unsicher-vermeidend</b>	<b>Unsicher-ambivalent</b>
<i>Nicht-klinische Stichproben</i>	870	59.2	23.2	17.6
Depression	148	20.1	27.3	52.6
Angststörungen	44	15.9	18.2	65.9
Substanzabhängigkeit	37	16.2	21.6	62.2
Essstörungen	26	15.4	46.2	38.4
psychiatrisch hospitalisiert	89	15.7	56.2	28.1
Borderline	76	4.0	19.7	76.3
Antisozial	29	27.6	37.9	34.5

Ob unsichere Bindungsmerkmale im Rahmen der Ätiopathogenese psychischer Störungen ein Risikofaktor, eine Folge von Psychopathologie oder lediglich eine Koentwicklung darstellen,

<sup>16</sup> Personen mit desorganisierter Bindung sind ebenfalls deutlich überrepräsentiert, hier jedoch nicht dargestellt.

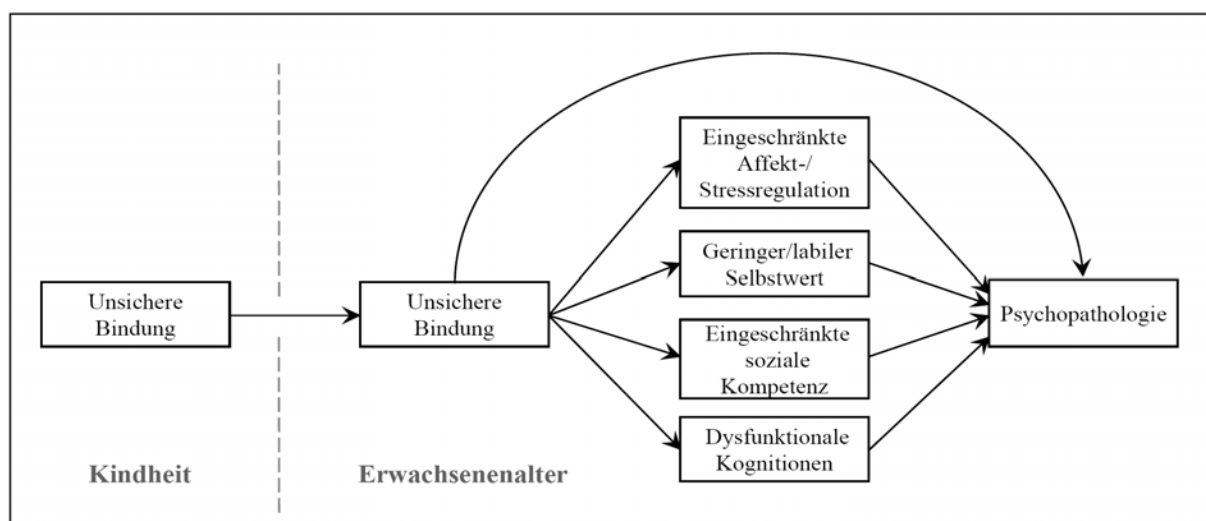
kann durch querschnittliche Beobachtungsstudien nicht beantwortet werden. Einen klarer interpretierbaren und zugleich differenzierteren Beleg für die Rolle unsicher Bindung als kausal vorgeordneten Faktor für die Entwicklung psychopathologischer Symptome erbrachten längsschnittliche Untersuchungen an Kleinkindern. So erwies sich Bindungsunsicherheit in der frühen Kindheit über mehrere prospektive Studien hinweg als Prädiktor für psychologische und psychosoziale Merkmale im späteren Kindesalter, die in Ätiopathogenesemodellen vieler psychischer Störungen eine wichtige Rolle spielen – wie geringere Affekt- und Stressregulationsfähigkeiten (Bosquet & Egeland, 2006; NICHD Early Child Care Research Network, 2004), inadäquate Selbstbewertungen (Cassidy, 1988; Easterbrooks & Abeles, 2000), geringe Zuversicht und Lösungsorientierung angesichts widriger Ereignisse (Grossmann & Grossmann, 2004), verringerte soziale Kompetenz (Belsky & Fearon, 2002; Steele, Steele, Croft & Fonagy, 1999), problematische (externalisierende bei vermeidenden und internalisierende bei ambivalenten Kindern) interpersonale Verhaltensweisen (McElwain, Cox, Burchinal & Macfie, 2003; Suess, Grossmann & Sroufe, 1992) und eine schlechtere Qualität in den Beziehungen zu Gleichaltrigen (Lucas-Thompson & Clarke-Stewart, 2007). Die Vorhersagekraft durch Bindungsmerkmale war insgesamt allerdings eher gering und sank mit zunehmender Länge des Zeitintervalls (vgl. Egeland & Carlson, 2003; Friedman & Boyle, 2009).

Studien zu zeitlich vorgeordnet erhobenen Bindungsmerkmalen in der Kindheit und der Entwicklung psychische Störungen im Jugend- und Erwachsenenalter sind rar. Mit der so genannten „Minnesota-Studie“ (vgl. zusammenfassend Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2005b) konnte nur ein einziges Studienprojekt recherchiert werden, das längsschnittliche Zusammenhänge zwischen frühkindlichen Bindungsmustern (erhoben mit dem Fremde-Situations-Test im Alter von 12-18 Monaten) und psychischen Störungen im (frühen) Erwachsenenalter (17-18 Jahre) untersuchte. Carlson (1998) fand in den einen Zeitraum von etwa 16 Jahren umfassenden Daten einen Zusammenhang zwischen vermeidender sowie desorganisierter Bindung in der Fremde-Situation und einem allgemeinen psychiatrischen Beschwerdeindex, sowie zwischen desorganisierter Bindung und dissoziativen Symptomen im 18. Lebensjahr. Warren, Huston, Egeland und Sroufe (1997) fanden auf Grundlage des gleichen Probandenkollektivs Zusammenhänge zwischen frühkindlicher ambivalenter Bindung und dem späteren Auftreten von Angststörungen. Dagegen fanden Bosquet und Egeland (2006) im Rahmen dieses Projektes keine direkten Zusammenhänge zwischen unsicherer Bindung und Depressivität. Allerdings spezifizierten die Autoren ein Mediatormodell, wonach Bindungsunsicherheit im Kleinkindalter mit einem Maß für negative Erwartungen und Empfindungen in Peer-Beziehungen im Alter von etwa 12 Jahren zusammenhing und dieses

wiederum über Ängstlichkeit im Alter von 16 Jahren mit Depressivität im 18. Lebensjahr.

Aus diesen Studien wird deutlich, dass wahrscheinlich kein einfacher, direkter Zusammenhang zwischen unsicherer Bindung in der frühen Kindheit und der Entwicklung von Psychopathologie im Erwachsenenalter besteht, sondern eher für verschiedene psychische Störungen unterschiedliche Verlaufsmodelle (mit unterschiedlich relevanten Mediatoren) zutreffen könnten, in denen unsichere Bindungsmerkmale als distale Risikofaktoren jeweils eine wichtige aber keineswegs notwendige oder hinreichende Rolle spielen. Zudem können – wie in Abschnitt 2.1.3 ausgeführt – Bindungsmerkmale zwar als relativ stabile aber durchaus nicht unveränderbare psychologische Merkmale betrachtet werden. Diese Perspektive legt nahe, eher das gegenwärtige Bindungsmuster als Risikofaktor für die Ausbildung einer künftigen psychischen Störung zu begreifen und nicht das in der (frühen) Kindheit bestehende.

Abbildung 8 fasst die Ausführungen in diesem Abschnitt in einem Pfaddiagramm zusammen. Je nach psychischer Störung dürfte den vermittelnden Variablen unterschiedliche Relevanz zukommen (z. B. bei depressiven Störungen eine hohe Relevanz des Selbstwertes).



**Abb. 8:** Allgemeines bindungstheoretisches Entstehungsmodell psychopathologischer Symptome.

Ein weiterer ausgiebig erforschter Bereich der klinischen Relevanz von Bindungsmerkmalen besteht in einer differentiellen psychotherapeutischen Ansprechbarkeit von Patienten in Abhängigkeit von ihrem Bindungsmuster. Da es gemäß der Bindungstheorie zu erwarten ist, dass Patienten mit unsicherer Bindung einerseits Schwierigkeiten im Aufbau und der Aufrechterhaltung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses haben (Dozier & Tyrrell, 1998; Slade, 1999) und andererseits im Rahmen von gruppenpsychotherapeutischen Interventionen Probleme

bestehen sollten, sich in die Gruppe zu integrieren, sich vertrauensvoll zu öffnen und ein positives Gruppenklima zu unterstützen bzw. ein solches überhaupt zu empfinden (vgl. Mikulincer & Shaver, 2007), liegt die Annahme nahe, dass unsichere Bindungsmuster mit geringerem psychotherapeutischen Erfolg verbunden sind. Die Ergebnislage ist hierzu allerdings inkonsistent, was auf die hohe Komplexität des therapeutischen Prozesses hinweist.

Zwar konnte in fast allen Studien trotz des Einsatzes unterschiedlicher Messinstrumente der erwartete Zusammenhang zwischen sicherem Bindungsmuster und (vom Patienten selbst eingeschätzter) positiver Qualität des therapeutischen Arbeitsbündnisses (vgl. zusammenfassend Daniel, 2006) bzw. der Gruppenkohäsion (vgl. zusammenfassend Strauß, 2007) gefunden werden.<sup>17</sup> Die Ergebnislage zur Vorhersage des Therapieerfolges aufgrund des Bindungsmusters der Patienten ist dagegen uneinheitlich. Allerdings wurden auch hier in den meisten Studien die erwarteten Zusammenhänge zwischen Bindungssicherheit und besserem bzw. Bindungsunsicherheit und geringerem Therapieerfolg festgestellt (z. B. Meredith, Strong & Feeney, 2007; Meyer & Pilkonis, 2001; Mosheim et al., 2000; Reis & Grenyer, 2004). In anderen Studien aber erwiesen sich unsicher gebundene Patienten als erfolgreicher (z. B. vermeidende bei Fonagy et al., 1996) oder es fanden sich keine signifikanten Zusammenhänge (z. B. Cryanowski et al., 2002). Diese inkonsistente Ergebnislage sollte allerdings angesichts der Unterschiedlichkeit der Studien, in denen nicht nur die Bindungsinstrumente, sondern auch die untersuchten Diagnosegruppen, die durchgeführten Interventionen sowie die verwendeten Therapieerfolgsmaße variierten, nicht überraschen.

Aufschlussreich ist hierzu die Studie von McBride, Atkinson und Quilty (2006), in der Bindungsvermeidung nur in derjenigen Gruppe depressiver Patienten mit erhöhtem Therapieerfolg verbunden war, die mit kognitiv-behavioraler Therapie behandelt wurde, nicht aber in der mit interpersonaler Therapie. Weiterhin interessant sind die Ergebnisse von Strauß et al. (2006), in der nur die mit einem Fragebogen (BFKE) gemessene, auf die Person des Therapeuten fokussierte Bindungssicherheit ein Prädiktor für Behandlungserfolg war, nicht aber die mit einem Interviewverfahren zu engen Beziehungen in der Kindheit und Gegenwart (EBPR) erhobene Bindungssicherheit. Die Ergebnisse beider Studien deuten darauf hin, dass Bindungscharakteristika alleine eine zu grobe Kategorie zur konsistenten Vorhersage und Erklärung differentieller Therapieerfolge sind. Um genauere Aufschlüsse zur Rolle und Relevanz von Bindungsmerkmalen für den Therapieprozess und -erfolg zu gewinnen, müssten daher

---

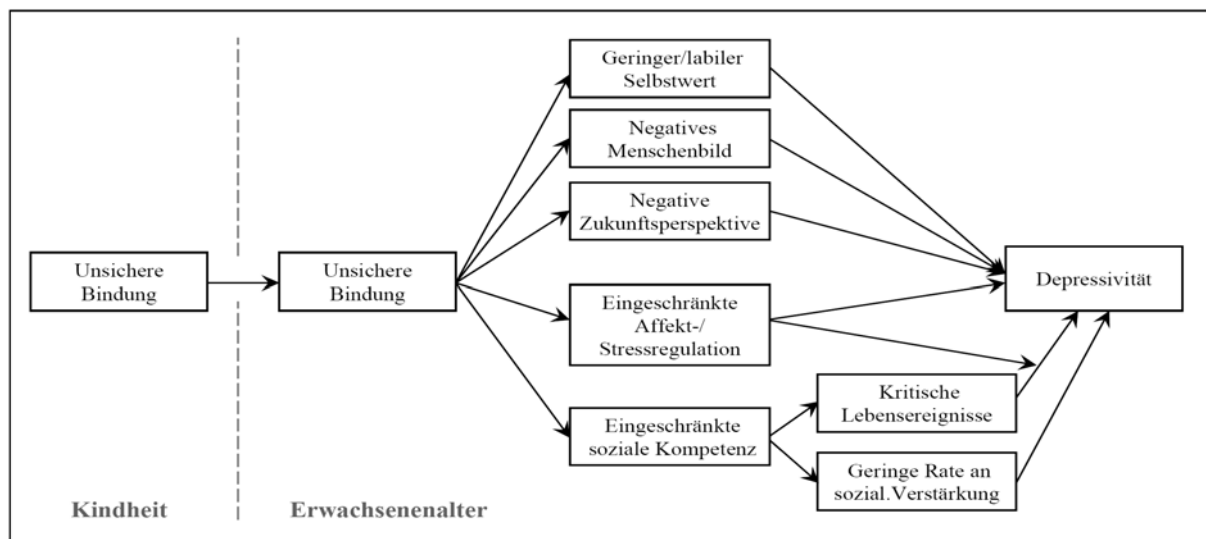
<sup>17</sup> Des weiteren wurden spezifische zeitliche Verlaufsmuster der Qualität des Arbeitsbündnisses in Abhängigkeit vom Bindungsstil des Patienten entdeckt (zum Ende der Therapie hin stieg die Einschätzung der Qualität des Arbeitsbündnisses bei ambivalent gebundenen Patienten an, während sie bei sicheren etwa gleich blieb und bei vermeidenden sank; Kanninen, Salo & Punamäki, 2000; Tasca, Balfour & Ritchie, 2007).



weitere therapieprozessrelevante Merkmale (Art der psychischen Störung, weitere Patientencharakteristika, Behandlungscharakteristika) mit berücksichtigt und entsprechende theoriegeleitete Forschung durchgeführt werden.

### 2.3 Theoretische und empirische Zusammenhänge zwischen Bindungsmerkmalen und depressiven Beschwerden bei Erwachsenen

Entsprechend den Überschneidungen zwischen dem oben entwickelten allgemeinen bindungstheoretischen Entstehungsmodell psychopathologischer Beschwerden (Abb. 8) und den in 2.1 dargestellten psychologischen Depressionsmodellen (vgl. Abb. 2 bis 5) erscheint eine Integration zentraler bindungstheoretischer und depressionspsychologischer Annahmen in ein gemeinsames Modell, in dem ein unsicheres Bindungsmuster als integrativer, kausal vorgeordneter Faktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Beschwerden modelliert wird, gut möglich (vgl. Abbildung. 9). Entsprechend diesem Modell sollten unsichere Bindungsmerkmale sowohl mit depressionstheoretischen Konstrukten, die als Mediatoren in diesem Modell integriert sind, als auch depressiven Beschwerden assoziiert sein, wobei dem Mediatormodell entsprechend kein direkter Effekt von unsicheren Bindungsmerkmalen auf Depressivität zu erwarten wäre.



**Abb. 9:** Integratives bindungstheoretisch orientiertes Ätiopathogenesemodell depressiver Beschwerden.

Empirische Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Bindungsmerkmalen und depressiven Beschwerden liegen bislang in Form querschnittlicher und prospektiver Studien vor; in eini-

gen Untersuchungen wurden depressionstheoretische Konstrukte auch als vermittelnde Variablen in Mediatormodellen spezifiziert.

Querschnittliche Studien belegen konsistent Zusammenhänge zwischen Depressivität und unsicheren Bindungsmerkmalen, unabhängig davon, ob diese durch metrische oder kategoriale Variablen abgebildet, mit Selbst- oder Fremdeinschätzungsverfahren erhoben und in klinischen oder nicht-klinischen Stichproben untersucht wurden. Tabelle 3 gibt einen Überblick über neuere Studien zu dimensionalen Bindungsskalen (Burnette et al., 2009; Hankin, Kassel & Abela, 2005; Meredith, Strong & Feeney, 2007; Roberts, Gotlib & Kassel, 1996; Scharfe, 2007; Shaver, Schachner & Mikulincer, 2005; Williams & Riskind, 2004), Tabelle 4 zu kategorialen Bindungsdifferenzierungen (Gerlsma & Liteijn, 2000; Pianta, Egeland & Adam, 1996; Runkewitz, Kirchmann & Strauß, 2006; Strauß et al., 2006).

**Tab. 3:** Querschnittliche Zusammenhänge (Korrelationen) zwischen Depressivität und dimensional Skalen unsicherer Bindung bei Erwachsenen.

<b>Bivariate Korrelationskoeffizienten mit Depressivität<sup>a</sup></b>					
<b>Studie</b>	<b>N</b>	<b>Bindungsambivalente Skalen</b>		<b>Bindungsvermeidende Skalen</b>	
Burnette et al., 2009	221	ECR-Anxiety	$r = .52^*$	ECR-Avoidance	$r = .25^*$
Fortuna & Roisman, 2008	160	RSQ-Anxiety AAI- Hyperaktivierung	$r = .51^*$ $r = .22^*$	RSQ-Avoidance /	$r = .45^*$
Hankin, Kassel et al., 2005	187 233	AAS-Anxiety ASQ-Anxiety	$r = .35^*$ $r = .37^*$	AAS-Avoidant ASQ-Comfort	$r = .22^*$ $r = .27^*$
Meredith et al., 2007	99	ASQ-Anxiety	$r = .47^*$	ASQ-Comfort	$r = .24^*$
Reinecke & Rogers, 2001	67	AAS-Anxiety	$r = .40^*$	AAS-Close	$r = .26^*$
Roberts et al., 1996	218 152	AAS-Anxiety ASR-Ambivalent	$r = .38^*$ $r = .20^*$	AAS-Close ASR-Avoidant	$r = .19^*$ $r = .25^*$
Scharfe, 2007	343	RSQ-Anxiety	$r = .65^*$	RSQ-Avoidance	$r = .28^*$
Schmidt et al., 2004	2027	AAS-Anxiety	$r = .33^*$	AAS-Close	$r = .22^*$
Shaver et al., 2005	144 122	ECR-Anxiety ECR-Anxiety	$r = .57^*$ $r = .45^*$	ECR-Avoidance ECR-Avoidance	$r = .18$ $r = .22$
Williams & Riskind, 2004	150	ECR-Anxiety	$r = .45^*$	ECR-Avoidance	$r = .18^*$

\*:  $p < .05$ ; <sup>a</sup>: Positive Korrelationskoeffizienten drücken einen Zusammenhang zwischen Bindungsunsicherheit und Depressivität aus; in Richtung Bindungssicherheit gepolte Skalen wurden gegebenenfalls invertiert.

Wie Tabelle 3 zeigt, fielen die querschnittlichen Korrelationen zwischen dimensional Bindungsmerkmalen und Depressivität für Bindungsvermeidung abbildende Skalen ( $r = .18$  bis  $r = .45$ ) gegenüber Bindungsambivalenz ( $r = .20$  bis  $r = .65$ ) etwas niedriger aus, erreichten

aber dennoch fast durchgängig statistische Signifikanz. Ein ähnliches Muster ist für die kategorialen Bindungstypen zu beobachten (Tab. 4): Die ambivalente Kategorie wies insgesamt die höchsten Depressionswerte auf, demgegenüber litten sicher gebundene Personen deutlich weniger unter Depressivität. Die vermeidende Kategorie nahm eine Mittelstellung ein, in einigen Studien lagen die Depressivitätswerte näher an der ambivalenten, in anderen an der sicheren Kategorie (DeOliveira, Moran & Pederson, 2005; Gerlsma & Luteijn, 2000; Pianta et al., 1996; Runkewitz, Kirchmann & Strauß, 2006; Strauß et al., 2006).

**Tab. 4:** Querschnittliche Zusammenhänge (Mittelwertunterschiede) zwischen Depressivität und Kategorien unsicherer Bindung bei Erwachsenen.

Mittelwerte in Depressivität in Abhängigkeit von Bindungskategorien							
Studie	Bindungs-Instrument <sup>a</sup>	sicher		ambivalent		vermeidend	
		<i>M</i> ( <i>n</i> )	<i>SD</i>	<i>M</i> ( <i>n</i> )	<i>SD</i>	<i>M</i> ( <i>n</i> )	<i>SD</i>
DeOliveira et al., 2005	AAI**	8.65 (26)	4.97	18.23 (30)	9.93	15.09 (33)	10.71
Gerlsma & Luteijn, 2000	AAI- Kurzform**	3.75 (28)	3.18	7.15 (21)	4.77	3.29 (21)	2.70
Pianta et al., 1996	AAI	52.34 (76)	9.24	52.29 (7)	13.17	47.70 (27)	9.14
Runkewitz et al., 2006	BFPE**	4.68 (85)	3.61	7.01 (76)	3.73	6.53 (62)	3.52
Strauß et al., 2006	BFKE**	1.54 (131)	.90	2.17 (197)	.81	1.69 (207)	.83
	EBPR**	1.51 (59)	.85	1.90 (306)	.87	1.82 (181)	.90

\*:  $p < .05$ ; \*\*:  $p < .01$ ; <sup>a</sup>: Sterne in dieser Spalte indizieren signifikante Mittelwertunterschiede.

Mittlerweile liegen auch einige prospektive Studien vor, in denen untersucht wurde, ob unsichere Bindungsmerkmale Prädiktoren für das Auftreten bzw. die Chronifizierung depressiver Beschwerden darstellten (Bifulco, Moran, Ball & Bernazzani, 2002; Feeney, Alexander, Noller & Hohaus, 2003; Hankin, Kassel & Abela, 2005; McMahon, Trapolini & Barnett, 2008; Scharfe, 2007). Tabelle 5 gibt einen Überblick über relevante Studiencharakteristika und die Ergebnislage. Trotz der beträchtlichen Unterschiede bzgl. der Zeitintervalle, der Stichprobenspezifika und der Erhebungsinstrumente erbrachten die Untersuchungen übereinstimmend Zusammenhänge zwischen Merkmalen unsicherer Bindung und zeitlich nachgeordneten Depressivität abbildenden Variablen (bei Veränderungsanalysen wurden die zeitlich vorgeordneten depressiven Beschwerden jeweils statistisch kontrolliert). Die Studienresultate sind mit den dargestellten querschnittlichen Ergebnissen vergleichbar: Bindungsambivalenz erwies

sich insgesamt als konsistenterer und stärkerer Prädiktor im Vergleich zu vermeidender Bindung, die allerdings auch in vier von sechs Stichproben ein signifikanter Prädiktor war.

**Tab. 5:** Prospektive Studien zur Prädiktion depressiver Beschwerden durch Bindungsmerkmale bei Erwachsenen.

Studie	N	a. Stichprobencharakteristika b. Zeitintervall c. Bindungsinstrument	Ergebnisse <sup>a</sup>
Bifulco et al., 2002	245	a. Frauen mit depressiogenen Risikofaktoren (geringer Selbstwert u./o. Missbrauch in der Kindheit); b. 12 Monate; c. Attachment Style Interview.	<p>Inzidenzraten depressiver Störungen</p>
Feeney et al., 2003	76	a. Schwangere Frauen etwa 16 Wochen vor Entbindungstermin; b. 22 Wochen (6 Wochen nach Entbindung); c. Attachment Style Questionnaire.	
Hankin, Kassel et al., 2005	187	a. Studienanfänger; b. 8 Wochen; c. Adult Attachment Scale.	
	233	a. Studienanfänger; b. 24 Monate; c. Adult Attachment Questionnaire.	
McMahon et al., 2008	82	a. Frauen ein Jahr nach Entbindung mit anhaltenden postnatalen depressiven Beschwerden; b. 3 Jahre; c. Adult Attachment Interview.	<p>Odds Ratios (Persistenz depressiver Störungen)</p>
Scharfe, 2007	235	a. Schwangere Frauen (4 bis 12 Wochen vor Entbindung); b. 28-36 Wochen (6 Monate nach Entbindung); c. Relationship Style Questionnaire.	

<sup>a</sup>: Positive Koeffizienten drücken einen Zusammenhang zwischen Bindungsunsicherheit und Depressivität aus; in Richtung Bindungssicherheit gepolte Skalen wurden gegebenenfalls invertiert.

Zwar sind diese Längsschnittstudien durch ihre inhärent klare zeitliche Struktur besser als Querschnittstudien geeignet, eine kausale Rolle unsicherer Bindung für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressivität zu belegen. Die insgesamt eher geringe Vorhersagekraft der Bindungsmerkmale (Median der Bindungsmerkmals- $\beta$ -Koeffizienten in Tab. 5:  $\beta = .165$ ) erscheint allerdings unzureichend für ein fundiertes Verständnis des Entstehungs- und Chronifizierungsprozesses depressiver Störungen und wirft die Frage nach vermittelnden, stärker und unmittelbarer mit depressiven Beschwerden assoziierten Variablen auf.

Die bislang vorliegenden Untersuchungen zur Aufklärung eines möglichen Kausalprozesses zwischen Bindungsmerkmalen (als verursachende Faktoren) und Depressivität (als verursachte Beschwerden) verwendeten pfadanalytische Ansätze und bezogen überwiegend depressionstheoretische kognitive Variablen als mögliche Mediatoren ein, wie etwa dysfunktionale Einstellungen (Hankin, Kassel et al., 2005; Reinecke & Rogers, 2001; Roberts et al., 1996), Selbstwert (Hankin, Kassel et al., 2005; Roberts et al., 1996) oder den Attributionsstil (Williams & Riskind, 2004). In zwei recherchierten Studien wurden auch interpersonale Variablen als Mediatoren modelliert, so in Form von Partnerschaftsqualität (Shaver et al., 2005) sowie Empathie und Vergebung (Burnette et al., 2009), wobei letztere allerdings keine direkten Bezüge zu den in Abschnitt 2.1.4 dargestellten Depressionstheorien aufwiesen. Tabelle 6 gibt einen Überblick über Studiencharakteristika sowie die Ergebnisse zu den Mediatormodellen in Form von Pfaddiagrammen. Nicht-signifikante Pfade wurden außer bei der Studie von Shaver et al. (2005), bei der die mediiierenden Pfade überwiegend keine statistische Signifikanz erreichten, nicht in die Abbildungen mit einbezogen. Aus Tabelle 7 können die bivariaten Korrelationen zwischen Bindungs- und Mediatorvariablen entnommen werden.

Insgesamt zeigt sich, dass sowohl ambivalente als auch vermeidende Bindung abbildende Variablen in erwarteter Richtung und fast durchgängig signifikant mit den kognitiv-depressionstheoretischen Mediatoren (dysfunktionale Einstellungen, Selbstwert, Attributionsstil) in geringer bis moderater Höhe korrelierten, wobei die Zusammenhänge mit Bindungsambivalenz überwiegend etwas höher ausfielen (vgl. Tab. 7). Die Betrachtung der pfadanalytischen Modelle, in denen Bindungsambivalenz und -vermeidung jeweils simultan modelliert wurden und in fünf von sieben Studien unabhängig voneinander Varianzanteile der Mediatorvariablen aufklären konnten, legt nahe, dass beide unsicheren Bindungscharakteristika eine relevante Rolle bei der Entwicklung depressiver Beschwerden spielen. Weiterhin ist ersichtlich, dass die Bindungsmerkmale im Falle des Einbezuges der aufklärungsstarken Mediatoren dysfunktionale Einstellungen und Selbstwert keine direkten Effekte zu depressiven Beschwerden aufwiesen (vollständige Mediation).

**Tab 6:** Studien zur Mediation des Zusammenhanges zwischen depressiven Beschwerden und Bindungsmerkmalen bei Erwachsenen.

Studie	N	a. Stichprobencharakteristika b. Studiendesign c. Bindungsinstrument d. Untersuchte Mediatoren	Ergebnisse <sup>a</sup>
Burnette et al., 2009	221	a. Studienanfänger; b. Querschnitt; c. Experiences in Close Relationships Scale; d. Rumination; Empathie; Vergebung (anderen Menschen verzeihen)	
Hankin, Kassel et al., 2005	202	a. Studienanfänger; b. 2 Messgelegenheiten (8 Wochen); c. Adult Attachment Scale; d. Dysfunktionale Einstellungen; Selbstwert	
Reinecke & Rogers, 2001	67	a. Ambulante Patienten, die wegen depressiver Störungen behandelt wurden; b. Querschnitt; c. Adult Attachment Scale; d. Dysfunctional Attitudes Scale.	
Roberts et al., 1996	218	a. Studenten; b. 2 Messgelegenheiten (8 Wochen); c. Adult Attachment Scale; d. Dysfunktionale Einstellungen; Selbstwert.	
Shaver et al., 2005	144	a. Unverheiratete Liebespaare; b. Querschnitt; c. Experiences in Close Relationship Scale; d. Partnerschaftsqualität	
Williams & Riskind, 2004	150	a. Studienanfänger; b. Querschnitt; c. Experiences in Close Relationship Scale; d. Pessimistischer Attributionsstil	
Wei et al., 2004	225	a. Studienanfänger; b. Querschnitt; c. Experiences in Close Relationship Scale; d. Maladaptiver Perfektionismus	

<sup>a</sup>: Alle Bindungsvariablen liegen in Richtung unsichere Bindung gepolt vor; ursprünglich in Richtung Bindungssicherheit gepolte Skalen wurden gegebenenfalls invertiert; nicht signifikante Pfade wurden außer bei der Studie von Shaver et al (2005) aus den Modellen entfernt.

Eine grundlegende Schwäche dieser Studien besteht in der ungeklärten kausalen Vorgeordnetheit der Konstrukte. Zumeist wurden die Studien in Form naturalistischer querschnittlicher Datenerhebungen durchgeführt, bei denen die Modellierung von Variablen als Mediatoren weitgehend beliebig ist, zumal größtenteils in den Studien keine theoretisch fundierten Restriktionen von Strukturparametern vorgenommen, sondern entweder saturierte Strukturmodelle analysiert (Reinecke & Rogers, 2001; Shaver et al., 2005; Williams & Riskind, 2004) oder von saturierten Modellen ausgegangen und sukzessive nicht-signifikante Pfade eliminiert wurden (Burnette et al., 2009; Wei et al., 2004). Für die beiden Zwei-Punkte-Erhebungen (Hankin, Kassel et al., 2005; Roberts et al., 2006) trifft dies ebenso zu. Auch hier scheint die Modellierung der Mediatoren willkürlich: Der modellierte Mediator Selbstwert wurde gleichzeitig mit Depressivität erhoben und Dysfunktionale Einstellungen gleichzeitig mit Bindungsmerkmalen, die als kausal vorgeordnet betrachtet wurden. Von einer logischen kausalen Vorgeordnetheit der Bindungsmerkmale kann aber angesichts ihrer geringen Stabilität von der Kindheit bis in das Erwachsenenalter nicht ausgegangen werden (vgl. Abschnitt 2.1.2).

**Tab. 7:** Bivariate Korrelationen zwischen Bindungsmerkmalen und Konstrukten, die als Mediatoren modelliert wurden.

<b>Korrelationskoeffizienten<sup>a</sup></b>			
<b>Studie</b>	<b>Mediatoren</b>	<b>Bindungsambivalente Skala</b>	<b>Bindungsvermeidende Skala</b>
Burnette et al., 2009	Rumination	.40*	.09
	Empathie	-.11	-.31*
	Vergebung	-.40*	-.16*
Hankin, Kassel et al., 2005	Dysfunktionale Einstellungen	.44*	.30*
	Selbstwert	-.43*	-.32*
Reinecke et al., 2001	Dysfunktionale Einstellungen	.61*	.42*
Roberts et al., 1996	Dysfunktionale Einstellungen	.46*	.27*
	Selbstwert	-.28*	-.25*
Shaver et al., 2005	Partnerschaftsqualität	-.13	-.71*
Williams et al., 2004	Pessimistischer Attributionsstil	.26*	.16
Wei et al., 2004	Perfektionismus	.54*	.36*

\*:  $p < .05$ ; <sup>a</sup>: Alle Bindungsvariablen liegen in Richtung unsichere Bindung gepolt vor; ursprünglich in Richtung Bindungssicherheit gepolte Skalen wurden gegebenenfalls invertiert.

Zusammenfassend belegt die empirische Ergebnislage eindeutig Zusammenhänge zwischen unsicheren Bindungsmerkmalen (Ambivalenz *und* Vermeidung) und depressionstheoretischen Konstrukten (vgl. auch Tab. 7) sowie depressiven Beschwerden, wobei die in den prospektiven Studien gefundene eher geringe Vorhersagekraft unsicherer Bindungsmerkmale diese als mögliche distale Risikofaktoren für die Entwicklung depressiver Beschwerden ausweist. Die bislang vorliegenden Mediatorstudien sind zwar mit der Annahme einer kausalen Vorgeordnetheit unsicherer Bindungsmerkmale vereinbar, die jeweiligen Spezifikationen der Mediatormodelle lassen aber alternative Kausalbezüge – wie etwa die Beeinflussung von Bindungsmerkmalen durch depressionspsychologische Konstrukte (z. B. dsyfunktionale Einstellungen) oder die Vermittlung der Zusammenhänge durch nicht berücksichtigte Drittvariablen – möglich erscheinen und haben daher einen willkürlichen Charakter. Ein fundiertes, bindungstheoretisches Verständnis des Entstehungs- und Chronifizierungsprozesses depressiver Störungen ist derzeit noch nicht erreicht. Entsprechend ist unklar, ob eine Modifikation von Bindungsmerkmalen durch psychologische Interventionen ein zielführender Fokus für die Behandlung und Prävention depressiver Störungen darstellt. Diese Frage steht im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung.



### 3 Fragestellungen und Hypothesen

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit der Frage, ob eine Veränderung von Bindungsmerkmalen in Richtung *Zuwachs an sicheren Anteilen im Bindungsmuster* (d. h. höhere Bindungssicherheit, verringerte Bindungsambivalenz, verringerte Bindungsvermeidung) durch psychotherapeutische Interventionen möglich und ein zielführender Fokus für die Behandlung depressiver Beschwerden ist, da unsichere Bindungsmerkmale (Bindungsambivalenz und Bindungsvermeidung) Risikofaktoren bzw. Bindungssicherheit ein Schutzfaktor für die Entwicklung depressiver Beschwerden sein könnten. Da aus dem theoretischen Hintergrund und der bislang bestehenden empirischen Ergebnislage keine Eingrenzung der Fragestellungen auf ein bestimmtes Bindungskonstrukt oder eine bestimmte Bindungsmethodentradition (vgl. Abschnitt 2.2.2) abgeleitet werden kann, besitzt die vorliegende Studie explorativen Charakter: Es wurden referenzbereichsdivergente Bindungsfragebögen eingesetzt und neben Bindungssicherheit auch Bindungsambivalenz sowie -vermeidung abbildende Variablen analysiert, die nachfolgend zusammengefasst als „Bindungsmerkmale“ bezeichnet werden. Im Einzelnen wird folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- 1) Verändern sich Bindungsmerkmale infolge einer psychotherapeutischen Intervention (stationäre Gruppenpsychotherapie) in Richtung Zuwachs an sicheren Anteilen?
  - 1.1) Lassen sich bei stationär-gruppenpsychotherapeutisch behandelten Patienten Prä-Post-Veränderungen von Bindungsmerkmalen in Richtung Zuwachs an sicheren Anteilen feststellen?
  - 1.2) Sind bei stationär-gruppenpsychotherapeutisch behandelten Patienten erzielte Zuwächse an sicheren Bindungsanteilen längerfristig stabil (1-Jahres Katamnese)?
  - 1.3) Lassen sich bei stationär-gruppenpsychotherapeutisch behandelten Patienten längerfristige Veränderungen von Bindungsmerkmalen in Richtung Zuwachs an sicheren Anteilen feststellen (1-Jahres Katamnese)?
- 2) Können Veränderungen in depressiven Beschwerden, die nach der Therapie zur Katamnese hin auftreten, durch zeitlich vorgeordnete Bindungsmerkmale prädiziert werden, derart dass unsichere Bindungsanteile mit höherer und sichere Bindungsanteile mit niedrigerer Depressivität assoziiert sind?
  - 2.1) Können derart gerichtete Veränderungen in depressiven Beschwerden durch Bindungsmerkmale am Therapieende prädiziert werden?
  - 2.2) Können derart gerichtete Veränderungen in depressiven Beschwerden durch Prä-Post-Veränderungen in Bindungsmerkmalen prädiziert werden?

Unter der Voraussetzung, dass sich Bindungsmuster bei Psychotherapiepatienten im Rahmen gruppenpsychotherapeutischer Interventionen im Durchschnitt in Richtung Zugewinn an bindungssicheren Anteilen verändern können und sichere Bindungsanteile ein Schutzfaktor für die Entwicklung depressiver Beschwerden darstellen, lassen sich folgende gerichtete Arbeits-hypothesen formulieren:

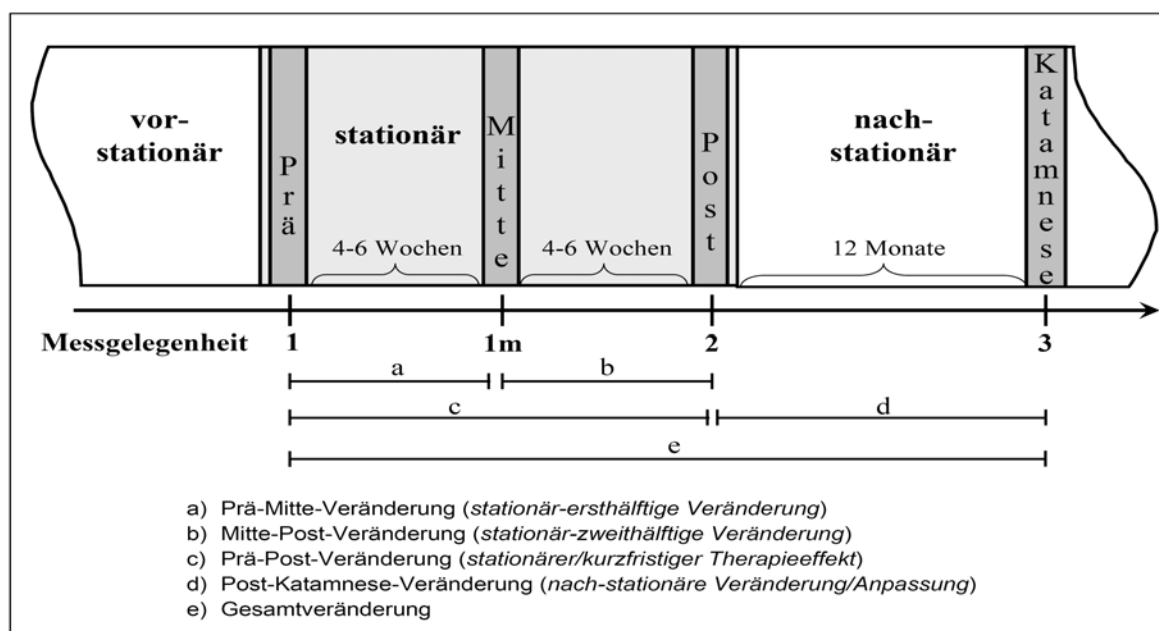
- 1.1) Im Prä-Post-Vergleich weisen Bindungsmerkmale bei Gruppenpsychotherapiepatienten gegenüber einer unbehandelten Vergleichsgruppe signifikante Zuwächse in sicheren Anteilen auf.
- 1.2) Im Post-Katamnese-Vergleich weisen Bindungsmerkmale bei ehemaligen Gruppenpsychotherapiepatienten gegenüber einer unbehandelten Vergleichsgruppe keine signifikanten Verringerungen in sicheren Anteilen auf.
- 1.3) Im Prä-Katamnese-Vergleich weisen Bindungsmerkmale bei Gruppenpsychotherapiepatienten gegenüber einer unbehandelten Vergleichsgruppe signifikante Zuwächse in sicheren Anteilen auf (keine unabhängige Hypothese gegenüber Hypothese 1.1 und 1.2).
- 2.1) Durch Bindungsmerkmale, die am Ende eines stationären Aufenthaltes bei Gruppenpsychotherapiepatienten erhoben werden, werden Veränderungen in depressiven Beschwerden nach der Therapie zur Katamnese hin signifikant prädiziert, derart dass unsichere Bindungsanteile mit höherer Katamnese-Depressivität als aufgrund der Post-Depressivität zu erwarten und sichere Bindungsanteile mit niedrigerer Katamnese-Depressivität als aufgrund der Post-Depressivität zu erwarten assoziiert sind.
- 2.2) Durch Post-Prä-Differenzen in Bindungsmerkmalen bei Gruppenpsychotherapiepatienten, werden Veränderungen in depressiven Beschwerden nach der Therapie zur Katamnese hin signifikant prädiziert, derart dass höhere Post-Prä-Differenzen in unsicheren Bindungsanteilen mit höherer Katamnese-Depressivität als aufgrund der Post-Depressivität zu erwarten und höhere Post-Prä-Differenzen in sicheren Bindungsanteilen mit niedrigerer Katamnese-Depressivität als aufgrund der Post-Depressivität zu erwarten assoziiert sind.

## 4 Methodik

### 4.1 Untersuchungsdesign

Die Untersuchung der Fragestellungen erfolgte in Form einer naturalistischen Beobachtungsstudie. Dabei wurde sowohl eine stationär-gruppenpsychotherapeutisch behandelte Patientengruppe als auch eine nicht-klinische, unbehandelte Vergleichsgruppe erhoben. Alle Probanden wurden über die Untersuchung durch ein Informationsblatt unterrichtet (siehe Anhang 9.2) und willigten schriftlich in die Teilnahme ein (Anhang 9.3). Als Teilnahmeanreiz wurde den Psychotherapiepatienten eine Verlaufsgrafik ihrer depressiven Beschwerden in Aussicht gestellt. Unter den Teilnehmern der nicht-klinischen Vergleichsgruppe wurden Geldbeträge in Höhe von insgesamt 450 Euro verlost.

Um eine möglichst klare Struktur kausaler Vorgeordnetheiten zu erlangen, wurden den Patienten Fragebogenbatterien zu vier Messgelegenheiten vorgegeben: vor der Behandlung, etwa in der Mitte der Behandlung, kurz vor der Entlassung aus der Klinik und ein Jahr nach der Entlassung (vgl. Abbildung 10). Die Personen aus der Vergleichsgruppe wurden zu drei Messzeitpunkten befragt (zeitlich analog wie die Patientengruppe jedoch ohne die Messgelegenheit 1m „Mitte“).



**Abb. 10:** Übersicht über die Messgelegenheiten in der Patientengruppe.

Für die Messung der zentralen psychologischen Konstrukte (Bindungsmerkmale, Depressivität) wurden in beiden Stichproben und über die Messgelegenheiten hinweg dieselben, in der

Forschung etablierte, reliable, validitätsgeprüfte Selbstbeschreibungsinstrumente eingesetzt. Um eine Zuordnung der Fragebögen über die Messgelegenheiten zu gewährleisten, wurde mit individuellen Codes gearbeitet.

## 4.2 Stichprobenauswahl

Die Datenerhebung der Patientengruppe begann im Sommer (August) 2003 etwa zeitgleich in fünf verschiedenen psychotherapeutischen Einrichtungen in Deutschland, deren Behandlungsprozedere gruppenpsychotherapeutische Elemente beinhalteten. Die Erhebung erfolgte konsekutiv: Fortlaufend wurde jeder neue Patient in den kooperierenden Einrichtungen unter Verwendung des Informationsblattes gebeten, bei einer „Verlaufsuntersuchung depressiver Beschwerden“ teilzunehmen. Entsprechend der diagnoseunspezifischen, allgemeinen Fragestellungen zu Veränderungen in Bindungsmustern und depressiven Beschwerden wurde nicht zwischen Diagnosegruppen differenziert, sondern alle Patient(inn)en in Bezug auf eine Teilnahme angesprochen. Kooperierende Kliniken waren die Rhein-Klinik in Bad Honnef (Fachabteilung Psychosomatik/Psychotherapie), das Universitätsklinikum Jena (verhaltenstherapeutische Station der Psychiatrie sowie die Abteilung Internistische Psychotherapie der Klinik für Innere Medizin), die Asklepios Fachklinik Stadtroda (Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) und das Universitätsklinikum Dresden (Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik). Die Fragebögen wurden von Mitarbeitern der kooperierenden Kliniken ausgeteilt und in verschlossenen Briefumschlägen wieder eingesammelt. Die Katamneseerhebung erfolgte postalisch. Die Postadressen wurden hierzu den Einverständniserklärungen entnommen bzw. falls verzogen über Einwohner- und Bürgerämter ermittelt.

Zeitparallel zur Patientengruppe wurde eine Vergleichsgruppe erhoben, die sich aus Patienten einer kooperierenden Allgemeinarztpraxis in Weimar sowie aus Psychologie- und Medizinstudenten der Friedrich-Schiller-Universität Jena zusammensetzte. Die Rekrutierung der Praxispatienten erfolgte mit Hilfe einer in der betreffenden Hausarzt-Praxisgemeinschaft tätigen Ärztin, die ihre Patienten in dem Zeitraum bat, bei der Untersuchung teilzunehmen. Da die Teilnahme der Praxispatienten allerdings zu gering ausfiel, wurden Lehrveranstaltungen von Psychologie- und Medizinstudenten genutzt, um weitere Studienteilnehmer zu rekrutieren. Alle Teilnehmer der Vergleichsgruppe bekamen ein Informationsblatt und füllten die Einverständniserklärung aus. Die Datenerhebung wurde postalisch vorgenommen. Die absoluten Häufigkeiten der Untersuchungsteilnehmer können aus Tabelle 8 entnommen werden.

**Tab. 8:** Anzahl der Untersuchungsteilnehmer in Abhängigkeit von der Gruppenzugehörigkeit und der Messgelegenheit.

	Messgelegenheiten			
	Prä	Mitte	Post	1-Jahres-Katamnese
<b>Patientengruppe</b>	<b>265</b>	<b>215</b>	<b>188</b>	<b>152</b>
Bad Honnef (psychodynamisch)	45	35	30	25
Stadtroda (psychodynamisch)	97	68	60	44
Jena (psychodynamisch)	38	36	36	31
Jena (kognitiv-behavioral)	35	31	24	21
Dresden (psychodynamisch)	50	45	38	31
<b>Vergleichsgruppe</b>	<b>260</b>	<b>/</b>	<b>219</b>	<b>200</b>
Allgemeinarztpraxis	112	/	98	91
Medizinstudenten	101	/	82	72
Psychologiestudenten	47	/	39	37
<b>Gesamt</b>	<b>525</b>	<b>215</b>	<b>407</b>	<b>352</b>

### 4.3 Messinstrumente

#### 4.3.1 Messung von Bindungsmerkmalen

Zur Erhebung von Bindungsmerkmalen wurden mit dem Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE; Höger, 2002; Höger, Stöbel-Richter & Brähler, 2008), dem Bindungsfragebogen (BinFB; Grau, 1999; Grau, Clashausen & Höger, 2003) und dem Relationship Scales Questionnaire (RSQ; Griffin & Bartholomew, 1994; deutsche Adaptation von Steffanowski et al., 2001) drei verschiedene Selbstbeschreibungsfragebögen verwendet, die sich inhaltlich bzw. dimensional unterscheiden. BFPE und BinFB operationalisieren das Verhalten und Erleben in intimen Partnerschaften, der RSQ fokussiert dagegen allgemeiner auf Beziehungen zu „anderen“.

##### *Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE)*

Der BFPE besteht aus 30 Items (plus ein „Aufwärm-Item“), die auf einer fünfstufigen Likert-Skala von (0) „trifft überhaupt nicht zu“ bis (4) „trifft genau zu“ zu beantworten sind (vgl. Anhang 9.4) und aus denen folgende drei Skalen gebildet werden: die Bindungsambivalenz abbildende Skala *Akzeptanzprobleme* (11 Items; Beispielitem: „Ich befürchte, dass mein Part-

ner/meine Partnerin auf Distanz zu mir gehen könnte, wenn er/sie wüsste, was wirklich in mir vorgeht); die invers Bindungsvermeidung operationalisierende Skala *Öffnungsbereitschaft* (11 Items; „An sich fällt es mir leicht, mit meinem Partner/meiner Partnerin über das zu sprechen, was in mir vorgeht“); die nicht klar einem klassischen Bindungstyp zuordenbare Skala *Zuwendungsbedürfnis* (7 Items; „Wenn sich mein Partner/meine Partnerin einmal nicht genug um mich kümmert, bedrückt mich das sehr“).

Anhand statistischer Parameter, die durch Cluster- und Diskriminanzanalysen an einer Referenzstichprobe gewonnen wurden, können die individuellen Messwerte auf ihre Nähe/Distanz (abgebildet als Euklidische Distanzen) zu den Bindungsklustern sicher, bedingt-sicher, vermeidend-verschlossen, ambivalent-anklammernd und ambivalent-verschlossen hin analysiert werden. Diese elaborierte Art der Bildung von Bindungskategorien stellt eine besondere Stärke des BFPE dar. Durch die Vereinigung von Clustern kann eine Zuordnung zu den klassischen drei Bindungskategorien vorgenommen werden (*sicher*: sicher + bedingt-sicher; *vermeidend*: vermeidend-verschlossen; *ambivalent*: ambivalent-anklammernd + ambivalent-verschlossen); des weiteren bildet die invertierte Euklidische Distanz zum sicheren Cluster eine Skala für das Ausmaß an Bindungssicherheit, das jedoch in der vorliegenden Studie nicht verwendet wurde, da sie deutliche Abweichungen von der Normalverteilung zeigt (Deckeneffekt in Richtung Bindungssicherheit).

Die Reliabilitäten der Einzelskalen lagen mit berichteten internen Konsistenzen in Höhe von  $\alpha = .77$  bis  $\alpha = .89$  bzw. Split-Half-Reliabilitätsschätzungen  $r_{tt} = .76$  bis  $r_{tt} = .91$  im guten bis sehr guten Bereich (Höger, Stöbel-Richter & Brähler, 2008; Pollak, Wiegand-Grefe & Höger, 2008). Hinweise auf konvergente Validität wurden in Form signifikanter kategorialer Übereinstimmungen (61.3 %) zwischen den klassischen BFPE-Kategorien und denen der Adult-Attachment-Scale (AAS) erbracht (Höger & Buschkämper, 2002). Weiterhin wies die mit dem BFPE eingeschätzte Bindungssicherheit aus einer Schar von 10 Bindungsfragebögen die zweithöchste Korrelation mit einem interviewbasierten (Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating, EBPR) Maß für Bindungssicherheit auf ( $r = .38$ ) und zählte in einem multiplen Regressionsmodell zu einem der beiden Prädiktoren für EBPR-Bindungssicherheit (Kirchmann, Fenner und Strauß, 2007).

### *Bindungsfragebogen (BinFB)*

Der BinFB besteht aus 20 Items (vgl. Anhang 9.5), aus denen die Skalen *Ängstlichkeit* (10 Items; „Ich mache mir oft Sorgen, dass mein/e Partner/in mich nicht genug mag“) und *Vermeidung* (10 Items; „Wenn mein/e Partner/in mir zu nahe kommt, gehe ich auf Distanz“) ge-

bildet werden. Diese Skalen entsprechen den Dimensionen, die in den explorativen Studien zur Dimensionalität von Bindungsfragebögen extrahiert wurden (vgl. Abschnitt 2.2.2) und lassen sich somit als die klassischen Bindungsdimensionen Ambivalenz (BinFB-Ängstlichkeit) und Vermeidung interpretieren. Das Antwortformat ist fünfstufig (Likert-Skala) mit den Endpunkten (0) „stimmt nicht“ und (4) „stimmt“. Aus ökonomischen Gründen wurde in der vorliegenden Untersuchung der Wortlaut der Antwortalternativen des BFPE verwendet.

Die Bildung von Bindungskategorien auf der Grundlage des BinFB ist bislang nicht elaboriert. In zwei Studien (Grau, Clashausen & Höger, 2003; Grau & Doll, 2003) wurden hierzu Clusteranalysen durchgeführt, die allerdings mit unterschiedlichen Clusterprozeduren durchgeführt wurden, auf eher geringen Stichprobengrößen beruhten ( $N = 172$  bzw.  $N = 106$ ) und zu unterschiedlichen Lösungen (4- bzw. 3-Cluster-Lösung) führten. Daher wurde in der vorliegenden Studie auf eine Kategorisierung verzichtet und nur metrische Bindungsskalen analysiert. Bindungssicherheit wurde als invertierter Summenwert aus den Einzelskalen abgebildet  $[(\text{BinFB-Ängstlichkeit} + \text{BinFB-Vermeidung}) \cdot (-1)]$ .

Die Reliabilitäten der Skalen fielen mit berichteten internen Konsistenzen in Höhe von  $\alpha = .84$  bis  $\alpha = .91$  sehr gut aus (Grau, 1999; Grau & Doll, 2003), die Korrelation zwischen den Skalen lag bei  $r = .17$  (Grau, 1999). Validitätshinweise wurden in Form von korrelativen Zusammenhängen mit Merkmalen negativer Beziehungsqualität wie sexueller, emotions- und kommunikationsbezogener Unzufriedenheit mit der Partnerschaft erbracht (Grau, 1999). Weiterhin wurden erwartungskonforme Zusammenhänge mit dem Gleichheits- und Gerechtigkeitserleben (engl.: *equity*) in Partnerschaften gefunden (Grau & Doll, 2003).

### *Relationship Scales Questionnaire (RSQ)*

Der RSQ umfasst 30 Items (vgl. Anhang 9.6), die auf einer fünfstufigen Likert-Skala zu beantworten sind: (0) „trifft gar nicht zu“ bis (4) „trifft genau zu“. Die Dimensionalität des Fragebogens ist bislang ungeklärt. Griffin und Bartholomew (1994) postulierten ursprünglich vier Skalen („Angst vor Trennung“, „Angst vor Nähe“, „Fehlendes Vertrauen“, „Wunsch nach Unabhängigkeit“), die allerdings teilweise geringe Reliabilitäten (interne Konsistenzen  $\alpha = .41$  bis  $\alpha = .70$ ) und hohe Interkorrelationen aufwiesen (z. B.  $r = .57$  zwischen „Angst vor Trennung“ und „Fehlendes Vertrauen“; Steffanowski et al., 2001). Für die Bildung der beiden orthogonalen Bindungsdimensionen *Anxiety* und *Avoidance* schlugen Griffin und Bartholomew (1994) einen Aufsummierungsmodus der Skalen vor, der allerdings zu einer bedeutsamen Interkorrelation führte ( $r = .21$ ; McBride et al., 2006) und durch faktorenanalytische Stu-

dien nicht belegt werden konnte (Kurdek, 2002; Siegert, Ward & Hudson, 1995). In der vorliegenden Arbeit wurden die Ergebnisse einer Voruntersuchung genutzt ( $N = 69$  Studenten), in dessen Rahmen eine leicht adaptierte Version des RSQ (partnerschaftsbezogene Items wurden allgemein formuliert, um den abgegrenzten Referenzbereich „Bindung in Bezug auf allgemein andere“ zu operationalisieren<sup>18</sup>) einer exploratorischen Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation) unterzogen wurde. Die Ergebnisse legten eine zweidimensionale Lösung nahe, die inhaltlich den Dimensionen Anxiety und Avoidance entsprach. Anxiety wies dabei eine interne Konsistenz von  $\alpha = .85$  auf (6 Items; z. B. „Ich mach mir Sorgen, dass andere mich nicht so schätzen, wie ich sie.“), Avoidance von  $\alpha = .89$  (12 Items; z. B. „Ich fühle mich unwohl, wenn ich anderen nahe bin.“). Die Korrelation zwischen den beiden Skalen lag bei  $r = .13$ . Hinweise auf konvergente Validität dieser Zwei-Faktoren-Lösung ergaben sich im Rahmen der Voruntersuchung in Form hoher Korrelationen mit partnerschaftsbezogenen Bindungsfragebögen für RSQ-Ängstlichkeit (BinFB-Ängstlichkeit:  $r = .79$ ; ECR-Anxiety:  $r = .62$ ) und RSQ-Vermeidung (BinFB-Vermeidung:  $r = .76$ ; ECR-Avoidance:  $r = .71$ ). In der vorliegenden Arbeit blieben Datenanalysen mit dem RSQ auf dessen metrische Variablen beschränkt, eine Kategorisierung wurde nicht vorgenommen. Bindungssicherheit wurde wiederum als invertierter Summenwert der beiden bindungsunsicheren Dimensionen abgebildet  $[(\text{RSQ-Ängstlichkeit} + \text{RSQ-Vermeidung}) \cdot (-1)]$ .

#### 4.3.2 Messung depressiver Beschwerden

Die Messung depressiver Symptome wurde mit der Allgemeinen Depressionsskala (ADS; Hautzinger & Bailer, 1993), einer deutschsprachigen Version der Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D, Radloff, 1977), durchgeführt. Die ADS umfasst 20 Items, die jeweils depressive Beschwerden bezeichnen und hinsichtlich ihrer Auftretenshäufigkeit während der letzten Woche auf einer vierstufigen Antwortskala („selten oder überhaupt nicht: weniger als 1 Tag“; „manchmal: 1-2 Tage lang“; „öfters: 3-4 Tage lang“; „meistens oder die ganze Zeit: 5-7 Tage lang“) einzuschätzen sind (vgl. Anhang 9.7). Die ADS operationalisiert affektive, somatische, motivationale, kognitive und behaviorale depressive Symptome und somit ein weites Spektrum depressiver Beschwerden. Auch wenn faktorenanalytische Studien mit der ADS – wie mit anderen Depressions-Selbstbeschreibungsinstrumenten – eine mehrdimensionale Lösung vorschlugen (z. B. Krones, Basler & Zoll, 2000; Shaver, 2006), spricht

---

<sup>18</sup> Z. B. „Häufig Sorge ich mich darum, dass sich mir nahe stehende Menschen von mir abwenden könnten“ statt original „Häufig Sorge ich mich darum, dass meine Liebespartner/Innen nicht bei mir bleiben wollen“.



die hohe interne Konsistenz der Items mit  $\alpha \approx .90$  (z. B. Mohiyeddini, Hautzinger & Bauer, 2002; Reime & Steiner, 2001) für eine hinreichende Homogenität, um die ADS als eindimensionales, allgemein depressive Beschwerden abbildendes Instrument zu verwenden. Vorteile der ADS im Vergleich zu anderen Depressionsfragebögen für die vorliegende Studie liegen in ihrer Ökonomie, ihrer Bandbreite (Shaver, 2006) und ihrer vergleichsweise hohen Spezifität (Hermanns, Kulzer, Krichbaum, Kubiak & Haak, 2006; Wancata, Alexandrowicz, Marquart, Weiss & Friedrich, 2006), ein Nachteil besteht in ihrem vergleichsweise hohen State-Anteil (Mohiyeddini et al., 2002). Validitätshinweise für die ADS wurden unter anderem in Form von hohen Korrelationen mit depressionsdiagnostischen Selbst- und Fremdeinschätzungsverfahren gefunden (z. B. Beck-Depressions-Inventar:  $r = .72$  bis  $r = .94$ ; Hamilton-Depression-Scale:  $r = .49$  bis  $r = .86$ ; siehe Hautzinger, 2002) sowie in hohen Übereinstimmungen des klinisch relevanten ADS-Cut-Off-Wertes von größer 23 mit diagnostischen Interviewverfahren (Sensitivität:  $Sen = .79$  bis  $Sen = .85$ ; Spezifität:  $Spe = .64$  bis  $Spe = .89$ ; Harringsma, Engels, Beekman & Spinhoven, 2004; Hermanns et al., 2006).

#### 4.3.3 Erhebung belastender Lebensumstände und Ereignisse

Belastende Lebensumstände und -ereignisse wurden mit einer Selbstbeschreibungsversion der Münchner Ereignisliste (MEL; Maier-Diewald, Wittchen, Hecht & Werner-Eilert, 1983) erfasst. Die MEL listet 75 Lebensumstände bzw. -ereignisse auf, die jeweils mit Belastungen bzw. einer Wiederanpassungsleistung verbunden und in 11 Bereiche untergliedert sind (Ausbildung/Studium, Beruf/Haushalt, Ehe-/Liebesbeziehungen, Schwangerschaft/Kinder, Eltern/Familie, soziale Kontakte/Freizeitaktivitäten, Todesfälle bei nahen Angehörigen, Wohnung, Finanzielles, Gericht/Gesetzesverletzung, Gesundheit/Krankheit). Das grundsätzliche Vorgehen bei der Anwendung der MEL besteht darin, die Itemliste zunächst von dem Untersuchungsteilnehmer ankreuzen zu lassen, ob die jeweils beschriebene Situation in einem definierten Zeitraum auftrat. Im Anschluss wird ein Interview durchgeführt, durch das in Erfahrung gebracht werden soll, ob und wann genau die angekreuzte Situation tatsächlich zutraf und wie belastend die Situation empfunden wurde.

In der vorliegenden Untersuchung wurde die Anwendung der MEL dahingehend modifiziert, dass keine Interviews durchgeführt, sondern lediglich Selbsteinschätzungen der Probanden verwendet wurden. Hierzu wurde ein Zeitfenster in die Ereignisliste implementiert sowie Ratingskalen zur Einschätzung der Vorhersehbarkeit und des Belastungserlebens. Die Untersuchungsteilnehmer waren somit aufgefordert anzukreuzen, ob eine beschriebene Situation in

den vergangenen 12 Monaten auftrat, inwiefern sie vorhersehbar war und als wie belastend sie empfunden wurde (siehe Anhang 9.8). Da viele Probanden diese Selbstbeschreibungsversion der MEL nicht entsprechend der Instruktionen beantworteten, wurden für die Bildung individueller „Lebensereignis-Belastungswerte“ die im MEL-Manual angegebenen, auf Experteneinschätzungen basierenden Gewichtungen des Wiederanpassungserfordernisses jeder beschriebenen Situation verwendet, indem als zutreffend angekreuzte Ereignisse mit dem jeweiligen Wiederanpassungswert multipliziert und aufsummiert wurden. Ein Vorteil dieser Vorgehensweise liegt in der objektiven Bewertung der jeweiligen Belastungsschwere.

Eine Reliabilitätsstudie von Wittchen, Essau, Hecht, Teder und Pfister (1989) erbrachte eine Test-Retest-Übereinstimmung (6-Wochen-Intervall) der in Bezug auf die vergangenen acht Jahre angekreuzten Lebensereignisse von 95.5 % ( $\kappa = .85$ ), wobei die Tendenz bestand, bzgl. der jüngeren Vergangenheit eine höhere Anzahl insbesondere an weniger belastenden Ereignissen anzugeben. Die MEL wurde bislang vor allem in klinischen Studien und hier insbesondere zur Prädiktion depressiver Beschwerden eingesetzt. Dabei erwiesen sich die mit der MEL eingeschätzten belastenden Lebensereignisse und -umstände als signifikante Prädiktoren unter anderem für Veränderungen in Depressivität in einer Risiko-Stichprobe (Drieling, van Calker & Hecht, 2006), für das erstmalige Auftreten klinisch relevanter depressiver Symptome bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Fries, Wittchen, Pfister & Lieb, 2002) sowie für Rückfälle in depressiven Beschwerden nach stationärer Depressionsbehandlung (Mundt, Reck, Backenstraß, Kronmüller & Fiedler, 2000; Steiner, Keller, Wolfersdorf, Hautzinger & Hole, 1992).

Weiterhin wurden zur ersten Messgelegenheit soziodemographische Merkmale (Alter, Geschlecht, Schulbildung, Familienstand, bestehende Partnerschaft, berufliche Situation) erfragt (vgl. Anhang 9.9) sowie zur Katamneseerhebung, ob derzeit eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung durchgeführt wird.

#### 4.4 Statistische Auswertungsverfahren

Analysen von Veränderungen zwischen zwei oder mehreren Messgelegenheiten, die in der vorliegenden Arbeit im Fokus der Hypothesen stehen, implizieren die grundsätzliche Problematik, dass die Abbildung von Differenzwerten in besonderer Weise messfehlerbehaftet ist<sup>19</sup>. Für die nachfolgenden Datenanalysen sollen daher überwiegend auf Testhälften basierende Strukturgleichungsmodelle verwendet werden, die die Spezifikation messfehlerbereinigter latenter Differenzvariablen ermöglichen und darüber hinaus durch ihre flexible Art der Modellbildung differenzierte statistische Operationalisierungen von Annahmen und Hypothesenprüfungen erlauben.

*Grundlegende Aspekte bei Analysen von Strukturgleichungsmodellen.* Strukturgleichungsmodelle bestehen aus Gleichungssystemen, in denen Messmodelle sowie ein Strukturmodell durch Restriktionen (Parameter werden auf bestimmte Werte festgelegt) spezifiziert werden. In einem Messmodell werden latente Variablen durch Faktorladungen mit manifesten Variablen (Messwertvariablen) verknüpft, im Strukturmodell die latenten Variablen untereinander verbunden. Auf der Grundlage eines solchen spezifizierten Modells sowie der empirischen Daten werden dann die freien Parameter geschätzt, indem in der Regel nach dem Maximum-Likelihood-Verfahren in einem iterativen Prozess die Schätzwerte so bestimmt werden, dass die modellimplizierte Varianz-Kovarianz-Matrix (bei Modellen mit Mittelwertstrukturen auch die Mittelwerte) mit den empirischen Daten möglichst gut übereinstimmt<sup>20</sup>. Derzeit sind verschiedene Softwarepakete zur Analyse von Strukturgleichungsmodellen verfügbar, die sich in ihrer Notation der Modellgleichungen, der Syntax und auch (etwas) hinsichtlich der Schätzalgorithmen unterscheiden. In der vorliegenden Arbeit wird das Programm LISREL (Version 8.72; Jöreskog & Sörbom, 2004) verwendet.

---

<sup>19</sup> Dies ist aus den Varianz-Kovarianz-Rechenregeln leicht ersichtlich:

$$\begin{aligned} \text{Var}(Y_2 - Y_1) &= \text{Cov}(Y_2 - Y_1, Y_2 - Y_1) = \text{Cov}(\tau_2 + \varepsilon_2 - \tau_1 - \varepsilon_1, \tau_2 + \varepsilon_2 - \tau_1 - \varepsilon_1) \\ &= \text{Var}(\tau_2) + \text{Var}(\tau_1) - 2 * \text{Cov}(\tau_2, \tau_1) + \text{Var}(\varepsilon_2) + \text{Var}(\varepsilon_1). \end{aligned}$$

Im Falle fehlender interindividueller Unterschiede in intraindividuellen Veränderungen (d. h.  $\tau_1 = \lambda + \tau_2$ ) folgt:

$$\text{Var}(Y_2 - Y_1) = \text{Var}(\varepsilon_2) + \text{Var}(\varepsilon_1).$$

<sup>20</sup> Hierbei wird eine Diskrepanzfunktion minimiert, die Unterschiede zwischen den empirischen und modellimplizierten Daten ausdrückt und in die der Vektor der Modellparameter eingeht. Die nicht im Modell restringierten Parameter werden schrittweise simultan so lange an die empirischen Daten angepasst, bis keine weiteren Verbesserungen in der Übereinstimmung erzielt werden (eine detaillierte Darstellung findet sich bei Reinecke, 2005).

Um die Erwartungswerte, Varianzen und Kovarianzen latenter Variablen (z. B.  $\eta_1$ ) identifizieren zu können, muss deren grundsätzlich willkürliche Skalierung und Lokation durch Fixierungen von Parametern festgelegt werden. Dies kann z. B. durch Fixierung der Faktorladung einer manifesten Variable (z. B.  $Y_1$ ) auf den Wert 1 ( $\lambda_1 = 1$ ) sowie durch Fixierung des Achsenabschnittes einer manifesten Variablen auf den Wert 0 ( $\tau_1 = 0$ ) vorgenommen werden. Aus der allgemeinen Einzelgleichung für manifeste Variablen  $Y_k$ , die jeweils die gleiche latente Variable  $\eta_1$  messen

$$Y_k = \tau_k + \lambda_k \cdot \eta_1 + \varepsilon_k \quad (1)$$

folgt dann für  $Y = Y_1$ :

$$Y_1 = \tau_1 + \lambda_1 \cdot \eta_1 + \varepsilon_1 = \eta_1 + \varepsilon_1 \quad (2)$$

sowie:

$$E(Y_1) = E(\tau_1 + \lambda_1 \cdot \eta_1 + \varepsilon_1) = E(\eta_1) \quad (3)$$

$$Var(Y_1) = Var(\tau_1 + \lambda_1 \cdot \eta_1 + \varepsilon_1) = Var(\eta_1) + Var(\varepsilon_1); \quad (4)$$

Für weitere manifeste Variablen, die  $\eta_1$  messen, aber nicht fixiert werden, gilt:

$$E(Y_k) = E(\tau_k + \lambda_k \cdot \eta_1 + \varepsilon_k) = \tau_k + \lambda_k \cdot E(\eta_1) \quad (5)$$

sowie:

$$Var(Y_k) = Var(\tau_k + \lambda_k \cdot \eta_1 + \varepsilon_k) = \lambda_k^2 \cdot Var(\eta_1) + Var(\varepsilon_k); \quad (6)$$

*Evaluation der Modellpassung.* Zur Beurteilung der Übereinstimmung zwischen empirischer und modellimplizierter Kovarianzmatrix liegen mittlerweile eine Vielzahl von Fit-Indizes vor, die jeweils mit spezifischen Vor- und Nachteilen verbunden sind, so dass allgemein die Empfehlung gilt, mehrere zum spezifischen Datenmaterial und Strukturgleichungsmodell passende und sich ergänzende Fit-Indizes anzugeben, für deren Ausprägung jeweils Daumenregeln für eine akzeptable bzw. inakzeptable Modellpassung formuliert wurden (z. B. Hu & Bentler, 1999; Schermelleh-Engel, Moosbrugger & Müller, 2003). Davey, Savla und Luo (2005) fanden in ihrer verschiedene Muster an fehlenden Werten (vgl. Abschnitt 5.4) analysierenden Simulationsstudie, dass alle von ihnen untersuchten Indizes (u. a.  $\chi^2$ -Inferenz-Statistik, CFI, RMSEA, TLI) mit zunehmendem Anteil an fehlenden Werten in den Daten die Tendenz zeigten, einen besseren Fit zu indizieren, insbesondere bei Spezifikationsfehlern im Strukturmodell (eine Ausnahme bildete der Normed-Fit-Index, NFI, der mit zunehmenden fehlenden Werten einen schlechteren Fit anzeigte). Um Spezifikationsfehler zu vermeiden sollen in den nachfolgenden Analysen Strukturkoeffizienten möglichst frei geschätzt und nicht (etwa um eine hohe Modell-Parsimonität zu erzielen) auf 0 restringiert werden.

*Bildung von Testhälften.* Um näherungsweise parallele und über die Messgelegenheiten hinweg bewährte Testhälften zu erhalten, wurden drei Varianten der Bildung von Testhälften durchgeführt: a) Aufteilung nach ungerader vs. gerader Itemnummerierung (odd-even); b) Aufteilung nach Reihenfolge (erste Hälfte der Items vs. zweite Hälfte der Items; c) Aufteilung nach Trennschärfe (alternierende Zuweisung der zur Prä-Messgelegenheit trennschärfsten Items). In separaten Messmodellen für die einzelnen Konstrukte, in die die jeweiligen State-Variablen über die Messgelegenheiten hinweg (Prä, Post, Katamnese) simultan eingingen, wurden die Testhalbierungsvarianten miteinander verglichen und jeweils diejenige ausgewählt, die nach Augenschein die besten Fit-Statistiken in beiden Stichproben (Patienten- und Vergleichsgruppe) aufwies (vgl. Abschnitt 5.2). Dabei wurde intendiert, möglichst essentiell tau-äquivalente Messmodelle mit akzeptabler Passung zu identifizieren, um einerseits die Anzahl der Schätzparameter gering zu halten, da durch die Einführung tau-kongenerischer Messmodelle (zusätzlich freie Faktorladung) bei den nachfolgenden komplexen Modellen Schätzprobleme zu befürchten waren, und andererseits keine unnötig strengen Annahmen wie etwa Gleichheit der Mittelwerte und Fehlervarianzen (Paralleltestmodell) vorausgesetzt werden sollten.

*Methodenfaktoren:* Bei näherungsweise parallelen Messungen (z. B. Testhälften der ADS:  $Y_{11}$ ,  $Y_{21}$ , wobei der erste Index die Testhälfte und der zweite die Messgelegenheit bezeichnet) sind spezifische Kovarianzanteile zwischen Messungen mit demselben Messinstrument über zwei oder mehrere Messgelegenheiten hinweg anzunehmen (z. B. in Bezug auf  $Y_{11}$ ,  $Y_{12}$ ,  $Y_{13}$ ), die auf Eigenheiten des Reaktionsverhaltens von Untersuchungsteilnehmern auf eben dieses Messinstrument zurückzuführen sind (Person-Messinstrument-Interaktionen). Um eine akzeptable Modellpassung zu erzielen, erfordern solche messinstrumentspezifischen Kovarianzanteile die Freisetzung von Fehlerkorrelationen über die Messgelegenheiten hinweg oder die Einführung zusätzlicher latenter Variablen, die als Methodenfaktoren bezeichnet werden. Da eine Freisetzung von Fehlerkorrelationen nur sehr eingeschränkte Modellierungsmöglichkeiten eröffnet und Schwierigkeiten der Interpretation in sich birgt, sind allgemein Spezifizierungen von Methodenfaktoren zu präferieren. Hierzu liegen mehrere Arbeiten vor, in denen verschiedene Modellierungsformen von Methodenfaktoren dargestellt wurden, die sich hinsichtlich der inhaltlichen Bedeutung des Methodenfaktors sowie – davon abhängig – der latenten Variable ( $\eta$ ), die das Zielkonstrukt abbildet (z. B. Depressivität), unterscheiden. Mit dem Ansatz des „method effect model with common trait factors“ (MEcom; Pohl & Steyer, eingereicht) wird in der vorliegenden Arbeit eine erst in jüngerer Zeit entwickelte Art der

Modellierung von Methodenfaktoren verwendet, die durch die Festlegung der Faktorladungen des Methodenfaktors auf +1 vs. -1 die Werte der latenten Zielvariablen (z. B. zur ersten Messgelegenheit:  $\eta_1$ ) als individuelle Mittelwerte der True-Scores von essentiell  $\tau$ -äquivalenten Testhälften zur jeweiligen Messgelegenheit definiert (nachfolgend als  $T_{11}$  und  $T_{21}$  bezeichnet, um Verwechslungen mit der LISREL-Notation bei der Parametrisierung von Mittelwertstrukturen zu vermeiden). Die Werte des als über die Messgelegenheiten hinweg konstant angenommenen Methodenfaktors ( $MF$ ) ergeben sich dann als Differenz zwischen den Werten der True-Scores einer manifesten Variable und denen der latenten Zielvariable:

$$Y_{11} = T_{11} + \varepsilon_{11} = \eta_1 + MF + \varepsilon_{11} \quad (7)$$

$$Y_{21} = T_{21} + \varepsilon_{21} = \eta_1 - MF + \varepsilon_{21} \quad (8)$$

$$\text{daraus folgt: } T_{11} = \eta_1 + MF \quad (9)$$

$$T_{21} = \eta_1 - MF \quad (10)$$

Durch Addition der Gleichungen 9 und 10 lässt sich die Bedeutung von  $\eta_1$  bei dieser Parametrisierung bestimmen:

$$T_{11} + T_{21} = \eta_1 + MF + \eta_1 - MF \quad (11)$$

$$T_{11} + T_{21} = 2\eta_1 \quad (12)$$

$$\eta_1 = (T_{11} + T_{21}) / 2 \quad (13)$$

Durch Isolieren von  $MF$  kann die Bedeutung des Methodenfaktors erschlossen werden:

$$\text{Isolieren in Gleichung 9 ergibt: } MF = T_{11} - \eta_1 \quad (14)$$

$$\text{Isolieren in Gleichung 10 ergibt: } MF = \eta_1 - T_{21} = -(T_{21} - \eta_1) \quad (15)$$

Dabei gilt:  $T_{11} - \eta_1 = -(T_{21} - \eta_1)$ . Ein wesentliches Charakteristikum dieser Art der Modellierung besteht darin, dass die jeweiligen manifesten Variablen „gleichberechtigt“ behandelt werden, was im Falle ad hoc gebildeter Testhälften adäquat erscheint. In Abbildung 16 (Abschnitt 5.2) wird dieser Ansatz der MEcom-Modellierung von Methodenfaktoren grafisch dargestellt. Da die True-Scores der manifesten Variablen sowohl in die Zielvariable als auch in den Methodenfaktor eingehen, werden Korrelationen zwischen dem Methodenfaktor und den latenten Zielvariablen zugelassen.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Modellierungen von Methodenfaktoren, bei denen referenzkodierte Faktorladungen spezifiziert werden (+1 vs. 0), definieren hingegen die Werte der latenten Zielvariablen durch die True-Scores der manifesten Referenzvari-

*Analysen von Mittelwertstrukturen:* Mittelwerte von manifesten und latenten Variablen werden im LISREL-Modell durch folgende Achsenabschnitts-Parameter (Intercepts, d. h. für alle Personen gleiche Konstanten ohne Varianz) bestimmt:  $\tau_x$  (manifeste  $X$ -Variablen),  $\tau_y$  (manifeste  $Y$ -Variablen),  $\kappa$  (latente exogene Variablen) und  $\alpha$  (latente endogene Variablen). Bei Modellen ohne Mittelwertstrukturen wird angenommen, dass die Erwartungswerte aller manifesten und latenten Variablen gleich Null sind, entsprechend werden alle Intercepts in LISREL per default auf Null fixiert. Bei Modellen, in denen die Analyse von Mittelwerten intendiert ist, müssen entsprechende Achsenabschnitts-Parameter explizit in der LISREL-Modellkarte benannt und so modelliert werden, dass sie identifizierbar sind und eine hypothesenrelevante Bedeutungen erhalten. In der vorliegenden Arbeit, in der durchgängig essentiell  $\tau$ -äquivalente Messmodelle vorliegen, wurden Mittelwertstrukturen folgendermaßen spezifiziert: Der Achsenabschnitt der jeweils ersten Testhälfte ( $\tau_{y1}$ ) wurde auf Null fixiert. Dadurch entsprach der Achsenabschnitt der jeweils zweiten Testhälfte ( $\tau_{y2}$ ) der Mittelwertdifferenz zwischen der ersten und der zweiten Testhälfte. Die  $\alpha$ -Koeffizienten der hypothesenrelevanten latenten endogenen Variablen wurden frei geschätzt, latente exogene Variablen und somit  $\kappa$ -Koeffizienten wurden nicht spezifiziert, da die Modellierungen ausschließlich über manifeste  $Y$ -Variablen erfolgten. Inferenzstatistische Tests bezogen sich auf signifikante Unterschiede von Null sowie auf Unterschiede zwischen der Patienten- und der Vergleichsgruppe.

*Multi-Sample-Analysen:* Die Möglichkeit der Restriktion von Modellparametern und ihre Überprüfung auf Passung mit den empirischen Daten hin besteht bei Strukturgleichungsmodellen nicht nur in Bezug auf eine einzelne Stichprobe, sondern kann auch zwischen zwei oder mehreren Stichproben genutzt werden. Hierbei werden Parameter gruppenspezifisch restringiert (mit dem entsprechenden Parameter einer anderen Stichprobe gleichgesetzt) und Auswirkungen auf die Modellpassung im Vergleich zu entsprechend unrestringierten Parametern durch den  $\chi^2$ -Differenzentest überprüft. Dadurch wird inferenzstatistisch testbar, ob Faktorladungen, Messfehler, Varianzen, Kovarianzen oder auch Mittelwerte zwischen Stichproben gleich sind. Eine Voraussetzung, um Gruppenunterschiede in den Kovarianzen und Mittelwerten der latenten Variablen interpretieren zu können, ist die Gleichheit des Messmodells (faktorielle Invarianz: Gleichheit der Faktorladungen) und somit eine einheitliche Metrik zwischen den Gruppen.

---

able (mit Ladung des Methodenfaktors = 0), wodurch bei der Betrachtung der latenten Zielvariablen eine implizite Fokussierung auf die Referenzvariable vorgenommen wird, während der Methodenfaktor die individuellen Differenzen zwischen den True-Scores der Testhälften abbildet (d. h.  $MF = T_{11} - T_{21}$ , vgl. Pohl & Steyer, erreicht).

*Analysen durchschnittlicher individueller Effekte:* Zur Analyse durchschnittlicher Behandlungseffekte wurde das Programm *EffectLite 3.1.2* (Steyer & Partchev, 2008) verwendet, das auf einer expliziten Kausalitätstheorie speziell für quasi-experimentelle Erhebungsdesigns fußt (Steyer, Partchev, Kröhne, Nagengast & Fiege, 2009). EffectLite ist ein Präprozessor und Output-Aufbereitungsprogramm für Datenanalysen mit LISREL oder Mplus. Es erstellt LISREL- bzw. Mplus-Syntaxen, welche in die entsprechenden Programme eingelesen werden und die Grundlage für die Berechnung einer verallgemeinerten Kovarianzanalyse bilden. Gegenüber der Kovarianzanalyse im varianzanalytischen Kontext, wie ihn etwa SPSS bereitstellt, besitzen EffectLite-Analysen mehrere Vorteile:

- (A) Sowohl abhängige Variablen als auch Kovariaten können als latente Variablen analysiert werden. EffectLite generiert hierzu ein Messmodell, das entsprechend der vorliegenden Datenstruktur angepasst werden kann (etwa durch Implementierung von Methodenfaktoren).
- (B) Varianzhomogenität der abhängigen Variablen ist keine notwendige Voraussetzung der inferenzstatistischen Tests.
- (C) Kovariaten-Untersuchungsgruppen-Interaktionen werden per default mit berechnet.
- (D) Fehlende Werte sind durch einfaches Anklicken der Option „FIML“ (vgl. Abschnitt 5.4) behandelbar.

Der grundlegende Ansatz bei EffectLite besteht in der Berechnung durchschnittlicher Effekte mit Hilfe von Multi-Sample-Analysen (mit Mittelwertstrukturen) der Zusammenhänge zwischen Kovariaten und abhängigen Variablen. Ausgangspunkt ist hierbei die Betrachtung der linearen Regression  $E(Y|X,Z) = g_0(Z) + g_1(Z) \cdot X$ , bei der  $g_0(Z)$  einen kovariatenabhängigen Achsenabschnitt und  $g_1(Z)$  einen kovariatenabhängigen Steigungskoeffizienten darstellt. Dabei wird angenommen, dass der Achsenabschnitt  $g_0(Z)$  selbst eine lineare Funktion ist, ebenso wie der Steigungskoeffizient  $g_1(Z)$ .

Dies sei für eine abhängige Variable  $Y$ , eine Kovariate  $Z$  sowie eine dichotome Treatmentvariable  $X$  erläutert, bei der für die Interventionsgruppe (IG)  $X = 1$  gilt und  $X = 0$  für die Vergleichsgruppe (VG):

$$E(Y|X,Z) = g_0(Z) + g_1(Z) \cdot X \quad (16)$$

$$= (\gamma_{00} + \gamma_{01} \cdot Z) + (\gamma_{10} + \gamma_{11} \cdot Z) \cdot X \quad (17)$$

$$= (\gamma_{00} + \gamma_{01} \cdot Z) + (\gamma_{10} \cdot X + \gamma_{11} \cdot Z \cdot X). \quad (18)$$



Bei dieser Parametrisierung ist  $\gamma_{00}$  der Achsenabschnitt und  $\gamma_{01}$  der Steigungskoeffizient der Regression von  $Y$  auf  $Z$  in der VG.  $\gamma_{00}$  entspricht somit dem Erwartungswert von  $Y$  in der Vergleichsgruppe unter der Bedingung  $Z=0$  (im Falle einer dichotomen Kovariate  $Z$  mit  $0 = \text{männlich}$ ,  $1 = \text{weiblich}$  also dem Mittelwert von  $Y$  der Männer in der Vergleichsgruppe).  $\gamma_{01}$  repräsentiert den Unterschied des Erwartungswertes von  $Y$  in der Vergleichsgruppe, wenn der Wert von  $Z$  um eine Skalierungseinheit anwächst (im Falle der dichotomen Geschlechterkovariate entspricht  $\gamma_{01}$  somit der Differenz im Erwartungswert von  $Y$  zwischen Frauen und Männern in der Vergleichsgruppe).

Behandlungseffekte werden durch die mit der Treatmentvariablen  $X$  multiplikativ in Verbindung stehenden Koeffizienten  $\gamma_{10}$  und  $\gamma_{11}$  parametrisiert.  $\gamma_{10}$  bildet dabei die Differenz der Achsenabschnitte der für die Interventions- und Vergleichsgruppe separaten Regressionen von  $Y$  auf  $Z$  ab und entspricht somit dem Behandlungseffekt gegeben  $Z=0$ .  $\gamma_{10}$  ist nur dann interpretierbar, wenn  $Z=0$  eine inhaltliche Bedeutung zukommt (wie im Falle der dichotomen Geschlechterkovariate, bei der  $\gamma_{10}$  der Mittelwertdifferenz zwischen behandelten und unbehandelten Männern entspricht). Durch  $\gamma_{11}$  wird die Differenz der Steigungskoeffizienten zwischen der IG und der VG abgebildet.  $\gamma_{11}$  parametrisiert somit die von  $Z$  abhängige Komponente des Behandlungseffektes, d. h. die Kovariaten-Treatment-Interaktion (im Falle der dichotomen Geschlechterkovariate entspricht  $\gamma_{11}$  der Mittelwertdifferenz zwischen Frauen und Männern in der Interventionsgruppe *minus* der Mittelwertdifferenz zwischen Frauen und Männern in der Vergleichsgruppe).

Im Rahmen der Multi-Sample-Analyse in EffectLite werden die den Behandlungseffekt parametrisierenden Koeffizienten  $\gamma_{10}$  und  $\gamma_{11}$  nicht direkt geschätzt, sondern über Differenzbildungen zwischen den gruppenspezifisch berechneten Parametern ermittelt. Auf gruppenspezifischer Ebene vereinfacht sich Gleichung 17:

$$\text{für die VG: } E_{X=0}(Y|Z) = (\gamma_{00}) + (\gamma_{01} \cdot Z) \quad (19)$$

$$\text{für die IG: } E_{X=1}(Y|Z) = (\gamma_{00} + \gamma_{01} \cdot Z) + (\gamma_{10} + \gamma_{11} \cdot Z) \quad (20)$$

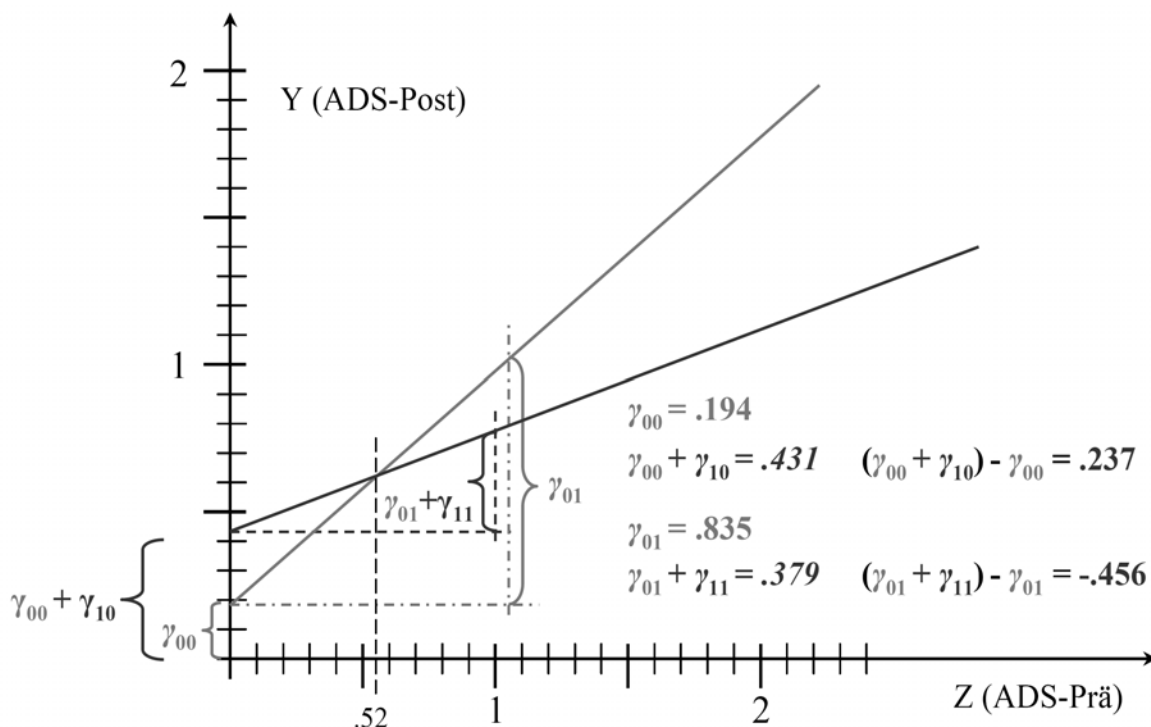
$$= (\gamma_{00} + \gamma_{10}) + (\gamma_{01} + \gamma_{11}) \cdot Z. \quad (21)$$

Somit sind die Parameter der Funktion des Behandlungseffektes  $g_1(Z) = (\gamma_{10} + \gamma_{11} \cdot Z)$  im Rahmen der Multi-Sample-Analyse berechenbar aus der Differenz des Achsenabschnittes und der Differenz des Steigungskoeffizienten der Regression von  $Y$  auf  $Z$  zwischen der Interventions- und der Vergleichsgruppe:

$$\gamma_{10} = (\gamma_{00} + \gamma_{10}) - (\gamma_{00}) \quad (22)$$

$$\gamma_{11} = (\gamma_{01} + \gamma_{11}) - (\gamma_{01}) \quad (23)$$

In Abbildung 11 wird die beschriebene Parametrisierung grafisch veranschaulicht. Hierzu wurden geschätzte Parameterwerte aus Analysen mit der Allgemeinen Depressionsskala verwendet (vgl. Tab. 15). Dargestellt sind die mittels EffectLite berechneten gruppenspezifischen Regressionen  $Y$  (ADS-Postwerte) auf  $Z$  (ADS-Präwerte) für die VG (hellgrau) und die IG (dunkelgrau). Wie auf der rechten Hälfte von Abb. 11 dargestellt, können die den  $Z$ -bedingten Behandlungseffekt beschreibenden Koeffizienten  $\gamma_{10}$  und  $\gamma_{11}$  durch einfache Differenzbildungen gewonnen werden. Der Schnittpunkt der beiden Geraden ( $Z = .52$ ) markiert den Wert, für den gilt:  $g_1(Z) = \gamma_{10} + \gamma_{11} \cdot Z = 0$  (durch Einsetzen erhält man:  $\gamma_{10} + \gamma_{11} \cdot .52 = .237 - .456 \cdot .52 = 0$ ). Dies ist im Beispiel derjenige Präwert, ab dessen Ausprägung die Behandlung einen positiven Effekt zeigte [ $E_{X=0}(Y|Z) > E_{X=1}(Y|Z)$ , falls  $Z > .52$ ]. Die ausgeprägten Unterschiede in den Steigungen der Geraden mit ihrer Überschneidung im reellen Wertebereich deutet auf eine Treatment-Kovariaten-Interaktion hin, die – wie aus Tab. 15 zu entnehmen – auch signifikant war. Demnach erwies sich die Behandlung für Patienten mit sehr hohen Depressivitäts-Präwerten als besonders effektiv (je höher die Präwerte, desto niedriger fielen die Postwerte in der IG im Vergleich zur VG aus).



**Abb. 11:** Grafische Veranschaulichung der Parametrisierung in *EffectLite*.

Die bedingten Behandlungseffekte für einen Wert  $z$  der Kovariaten  $Z$  können leicht durch Einsetzen von Werten in Gleichung 24 geschätzt werden:

$$g_1(z) = [(\gamma_{00} + \gamma_{10}) - (\gamma_{00})] + [(\gamma_{01} + \gamma_{11}) - (\gamma_{01})] \cdot z = \gamma_{10} + \gamma_{11} \cdot z. \quad (24)$$

Durchschnittliche Behandlungseffekte lassen sich durch Einsetzen der entsprechenden Kovariaten-Mittelwerte berechnen, sowohl für die Gesamtstichprobe (IG + VG) als auch für die IG und VG separat. Im Beispiel ergibt sich durch Einsetzen des Gesamtstichproben-Mittelwertes der ADS-Depressivität zur Prä-Messgelegenheit ( $M = 1.121$ ):

$$g_1(1.121) = \gamma_{10} + \gamma_{11} \cdot z = .237 + (-.456) \cdot 1.121 = -.274 \quad (25)$$

Dies entspricht bis auf Rundungsfehler und Vernachlässigung des Methodenfaktors dem Wert in Tab. 15. Die allgemeine, inferenzstatistisch durch EffectLite geprüfte Nullhypothese ( $H_0$ ), „Es gibt keinen durchschnittlichen Behandlungseffekt in der Gesamtpopulation“, lautet folglich:

$$H_0: E[g_1(Z)] = E(\gamma_{10} + \gamma_{11} \cdot Z) = \gamma_{10} + \gamma_{11} \cdot E(Z) = 0. \quad (26)$$

Da im Beispiel für  $E(Z)$  der Mittelwert der Kovariaten in der Gesamtstichprobe eingesetzt wurde, bezieht sich der ermittelte durchschnittliche Behandlungseffekt auf die Population, die durch die Gesamtstichprobe (IG + VG) repräsentiert wird. Der durchschnittliche Behandlungseffekt kann im Falle deutlicher Gruppenunterschiede in den Kovariaten gepaart mit ausgeprägten Kovariaten-Treatment-Interaktionen allerdings recht unterschiedlich für die IG versus VG ausfallen. EffectLite berechnet und testet inferenzstatistisch durchschnittliche Behandlungseffekte auch separat für die Subpopulationen der IG [ $E(g_1|X=1)$ ] und VG [ $E(g_1|X=0)$ ]. Diese Statistiken eignen sich zur Untersuchung gruppenspezifischer Fragestellungen, wie der nach dem Ausmaß tatsächlich aufgetretener, kovariatenbereinigter Behandlungseffekte in der IG oder der Abschätzung des potentiellen Effektes der Behandlung bei Personen, die den Charakteristika der VG entsprechen. Im Beispiel resultieren durch Einsetzen der entsprechenden Mittelwerte:

$$\text{für die IG: } g_1(Z = 1.540) = \gamma_{10} + \gamma_{11} \cdot 1.540 = .237 + (-.435) \cdot 1.540 = -.433 \quad (27)$$

$$\text{für die VG: } g_1(Z = .702) = \gamma_{10} + \gamma_{11} \cdot .702 = .237 + (-.435) \cdot .702 = -.068. \quad (28)$$

Die bislang dargestellte Parametrisierung ist erweiterbar für mehrere Kovariaten, mehrere abhängige Variablen und mehrere Interventionsgruppen (wobei jede weitere IG eine weitere separate Gruppe in der entsprechenden Multi-Sample-Analyse bildet und der Vergleichsgruppe gegenüber gestellt wird). Für mehrere Kovariaten ( $Z_1, \dots, Z_k$ ) gilt entsprechend:

$$\text{für die VG: } E_{X=0}(Y|Z_1, \dots, Z_k) = \gamma_{00} + (\gamma_{01} \cdot Z_1) + \dots + (\gamma_{0k} \cdot Z_k) \quad (29)$$

$$\text{für die IG: } E_{X=1}(Y|Z_1, \dots, Z_k) = (\gamma_{00} + \gamma_{10}) + (\gamma_{01} + \gamma_{11}) \cdot Z_1 + \dots + (\gamma_{0k} + \gamma_{1k}) \cdot Z_k. \quad (30)$$

Die Werte der Kovariatenparameter in der Vergleichsgruppe ( $\gamma_{01}, \dots, \gamma_{0k}$ ) resultieren als Schätzungen der Steigungskoeffizienten in dieser Gruppe, die Interaktionsterme ( $\gamma_{11}, \dots, \gamma_{1k}$ ) als Differenzen der Steigungskoeffizienten zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe:

$$\gamma_{1k} = (\gamma_{0k} + \gamma_{1k}) - (\gamma_{0k}) \quad (31)$$

$$H_0: E[g_1(\mathbf{Z})] = E(\gamma_{10} + \gamma_{11} \cdot Z_1 + \dots + \gamma_{1k} \cdot Z_k) = \gamma_{10} + \gamma_{11} \cdot E(Z_1) + \dots + \gamma_{1k} \cdot E(Z_k) = 0. \quad (32)$$

Neben den Modellkoeffizienten schätzt EffectLite auch Effektstärken ( $ES$ ) für die Gesamtstichprobe sowie separat für die IG und die VG. Die Effektstärkenberechnung erfolgt dabei, indem der ermittelte durchschnittliche Effekt ( $E[g_1(\mathbf{Z})]$ ) durch die Standardabweichung der entsprechenden Outcomevariable in der Vergleichsgruppe geteilt wird.

*Abbildung interindividueller Unterschiede in intraindividuellen Veränderungen:* Zur Abbildung individueller Veränderungen in den zentralen Konstrukten über die Messgelegenheiten hinweg (d. h. intraindividuelle Veränderungen) wurden in den Prädiktionsanalysen (Abschnitte 5.4.2 bis 5.4.5) zwei unterschiedliche Modellierungsformen verwendet, die jeweils zwischen den Untersuchungsteilnehmern bestehende (interindividuelle) Unterschiede in diesen intraindividuellen Veränderungen als Varianz(anteile) in latenten Variablen spezifizieren. Während interindividuelle Unterschiede in intraindividuellen Veränderungen als Varianzanteil in abhängigen Variablen (Depressivität) im Rahmen multipler Regressionsanalysen als Differenz des Postwertes vom aufgrund des Präwertes zu erwartenden Postwertes modelliert wurden (d. h. die Präwerte gingen als Regressor mit in das Regressionsmodell ein), wurde für die Abbildung intraindividueller Veränderungen als erklärender Faktor (Bindungsmerkmale) mit der True-Intraindividual-Change-Modellierung (TIC; Steyer, Eid & Schwenkmezger, 1997; Steyer, Krambeer & Hannover, 2004; Steyer, Partchev & Shanahan, 1999) ein Ansatz verwendet, durch den Unterschiede in intraindividuellen Veränderungen als eigenständige

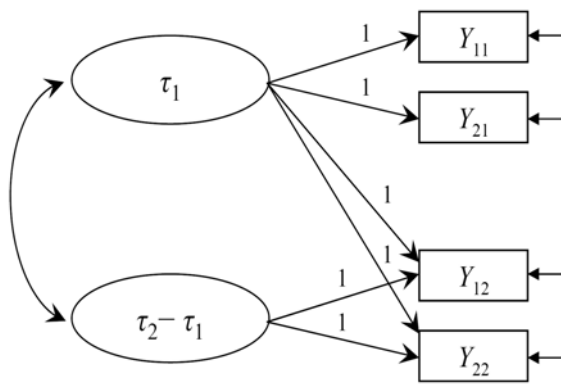
latente Variablen abgebildet und somit als Regressoren modelliert werden können. Hierfür bedient man sich eines einfachen mathematischen Modells, bei dem zu einer späteren Messgelegenheit die Truescores aller vorhergehenden (Neighbour-Modell) bzw. lediglich die der ersten Messgelegenheit (Baseline-Modell) addiert und wieder subtrahiert werden. Im Falle der Komposition einer latenten Differenzvariablen zwischen Post ( $t_2$ )- und Prä ( $t_1$ )- Messgelegenheit ergibt sich entsprechend:

$$Y_{t1} = \tau_{t1} + \varepsilon_{t1} \quad (33)$$

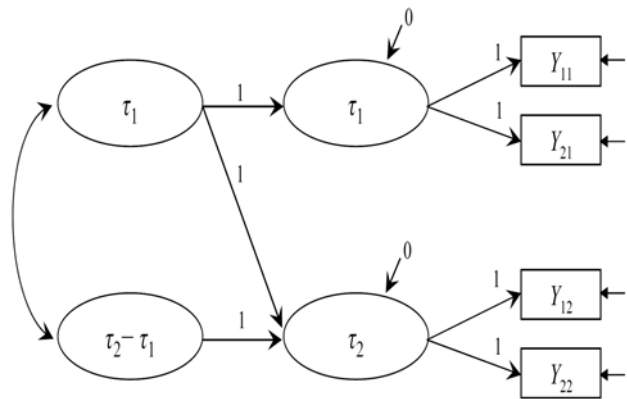
$$Y_{t2} = \tau_{t2} + \varepsilon_{t2} = \tau_{t1} + (\tau_{t2} - \tau_{t1}) + \varepsilon_{t2} \quad (34)$$

$$\text{weiterhin gilt: } \text{Var}(\tau_{t2} - \tau_{t1}) = \text{Cov}(\tau_{t2} - \tau_{t1}, \tau_{t2} - \tau_{t1}) = \text{Var}(\tau_{t2}) + \text{Var}(\tau_{t1}) - 2 \text{Cov}(\tau_{t2}, \tau_{t1}). \quad (35)$$

Da in die Varianz der Truescore-Differenzvariable (Gleichung 35) die Kovarianz der Truescore-Variablen eingeht, werden Korrelationen zwischen der Veränderungsvariablen und der Ausgangsvariablen zugelassen. Bei der Konzeption latenter Differenzvariablen durch jeweils  $\tau$ -äquivalente Testhälften zu zwei Messgelegenheiten resultieren somit die in Abbildung 12 und Abbildung 13 dargestellten äquivalenten Pfadmodelle (bei  $\tau$ -kongenerischen Modellen müssen lediglich die Faktorladungen des jeweiligen Messinstrumentes über die Messgelegenheiten hinweg gleich gesetzt werden). In Abbildung 12 wird die Differenzvariablen-Parametrisierung im Messmodell vorgenommen, in Abbildung 13 im Strukturmodell. Die Strukturmodellparametrisierung birgt den Vorteil flexiblerer Modellbildung und Hypothesenprüfung in sich, war aber in dieser Arbeit mitunter bei komplexen Prädiktormodellen mit Problemen der Maximum-Likelihood-Schätzung verbunden (fehlende Konvergenz). In den Differenzvariablen-Messmodellanalysen in Abschnitt 5.4.1 wurden Modelle auf Basis der Strukturmodellparametrisierung analysiert, in den Prädiktoranalysen in Abschnitt 5.4.4 ist die Messmodellspezifikation verwendet worden.



**Abb. 12:** Messmodell-Differenzvariablen-Parametrisierung.



**Abb. 13:** Strukturmodell-Differenzvariablen-Parametrisierung.

#### 4.5 Behandlung fehlender Werte

Fehlende Werte ergaben sich in beiden Stichproben im Wesentlichen im Sinne eines *permanent unit nonresponse* bedingt durch den Dropout unter den Studienteilnehmern (*attrition*). Tabelle 9 zeigt die absoluten Häufigkeiten sowie die prozentualen Anteile der Dropouts zwischen den Messgelegenheiten (MG). Sowohl für die Interventionsgruppe (Patienten) als auch für die nicht-klinische Vergleichsgruppe ergaben sich die größten relativen Probandenverluste in der Zeitspanne vom Beginn bis zum Ende der durchschnittlich 12 Wochen dauernden stationären Therapie (29.06 % der Patienten; 15.77 % der Vergleichsgruppe). Die auch im Vergleich zu anderen klinischen Studien sehr geringe Dropout-Rate vom Ende der Therapie zur 1-Jahres-Katamnese (19.16 % Patienten; 8.68 % Vergleichsgruppe) ist auf Bemühungen bei der Datenerhebung zurück zu führen, bei der auf Anschreiben nicht reagierende Studienteilnehmer wiederholt kontaktiert bzw. nach Wohnortwechseln über kommunale Einwohnermeldeämter ausfindig gemacht wurden.

**Tab. 9:** Absolute Häufigkeiten (Prozentangaben) des Dropouts/Attrition zwischen den Messgelegenheiten.

Messgelegenheiten	Patienten				Vergleichsgruppe			Gesamt		
Prä (MG <sub>1</sub> )	↓				↓			↓		
Mitte (MG <sub>1m</sub> )	45 (17.0)	↓		↓	↓			↓		
Post (MG <sub>2</sub> )		32 (14.5)	↓	77 (29.1)	41 (15.8)	↓	↓	118 (22.5)	↓	↓
Katamnese (MG <sub>3</sub> )			36 (19.2)	113 (42.6)		19 (8.7)	60 (23.1)		55 (13.5)	173 (32.9)

Anmerkung: Die Pfeilsymbole indizieren das jeweils fokussierte Zeitintervall (z. B. zweite Spalte bei Patienten: Gegenüber der Messgelegenheit zur Mitte der Behandlung konnten zur Post-Messgelegenheit Daten von 32 Patienten nicht erhoben werden, was einem prozentualen Anteil von 14.5 % der Stichprobengröße zur Mitte-Messgelegenheit entsprach).

Fehlende Werte stellen Datenanalysen in zweierlei Hinsicht vor besondere Herausforderungen: Einerseits führen Stichprobenausfälle generell zu einer reduzierten statistischen Power (erhöhte  $\beta$ -Fehler-Wahrscheinlichkeit); andererseits können systematische (nicht-zufällige) Stichprobenausfälle zu verfälschten Parameterschätzungen führen (Schätzparameter weichen systematisch von den Populationsparametern ab), in anderen Worten: zu einer Stichprobenverzerrung (mangelnde Repräsentativität der Stichprobe für die Zielpopulation).

Für die Behandlung fehlender Werte werden verschiedene Prozeduren diskutiert, die mitunter vereinfachend in „traditionelle/ältere“ versus „moderne“ Verfahren eingeteilt wurden (z. B. Enders, 2006; Schafer & Graham, 2002) und deren Adäquatheit grundsätzlich von der Wahrscheinlichkeitsverteilung der fehlenden Werte abhängt. Auf Rubin (1976) geht die Taxonomie der Unterscheidung dreier Qualitäten fehlender Werte zurück: *missing completely at random* (MCAR), *missing at random* (MAR) und *missing not at random* (MNAR).

Als MCAR werden Datenverluste bezeichnet, wenn die fehlenden Werte auf einer Variablen  $Y$  (z. B. Depressivität zur MG<sub>3</sub>) weder von den Werten auf dieser Variablen selbst abhängig sind (d. h. in ihrer Verteilung den vorhandenen Werten von  $Y$  entsprechen) noch von Werten auf einem Vektor anderer Variablen  $X_{1...k}$  (z. B.  $X_1$  = Depressivität zur MG<sub>1</sub>;  $X_2$  = Bindungssicherheit zur MG<sub>1</sub>;  $X_3$  = Bindungssicherheit zur MG<sub>3</sub>). Die fehlenden Werte können somit als eine Zufallsauswahl aus einem hypothetischen kompletten Datensatz verstanden werden. Nur im Falle der Gültigkeit der MCAR-Annahme führen „traditionelle“ Missing-Value-Prozeduren, die sich auf die Auswertung der vollständigen Fälle beschränken (wie fall- oder listenweiser Ausschluss) bzw. diese in besonderer Weise gewichten (verschiedene

Prozeduren der Einzelfall-Imputation wie Mittelwert-, Regressions- oder Hot-Deck-Imputation) zu unverfälschten Parameterschätzungen.<sup>22</sup>

Bei MAR ist die Unabhängigkeitsannahme eingeschränkt auf die Werteverteilung der  $Y$ -Variablen selbst, wohingegen Zusammenhänge mit anderen Variablen  $X_1, \dots, X_k$  zulässig sind. Die fehlenden Werte können hier verstanden werden als bedingte Zufallsauswahlen in Bezug auf Substichproben, die durch Wertekombinationen auf den Variablen  $X_1, \dots, X_k$  definiert werden. Diese Missing-Data-Struktur eröffnet durch die Anwendung „moderner“, auf Maximum-Likelihood-Prozeduren – wie Estimation Maximization (EM) und Full-Information-Maximum-Likelihood (FIML) – oder Multipler Imputation beruhender Missing-Data-Verfahren (MI) qualitativ höherwertigere Parameterschätzungen (höhere Suffizienz, Effizienz und Erwartungstreue). Mittlerweile liegen eine Reihe von Simulationsstudien vor, in denen unter verschiedenen Bedingungen (Abweichungen von multivariater Normalverteilung, Stichprobengröße, Kovarianzstruktur, Ausmaß an fehlenden Werten) Divergenzen zwischen Schätzparametern und Populationsparametern im Rahmen von Strukturgleichungsmodellanalysen untersucht wurden. Die Ergebnislage weist darauf hin, dass FIML und MI vergleichbar gute Parameterschätzungen unter variierenden Bedingungen erzielen und gegenüber EM überlegen sind insbesondere in Hinblick auf die Berechnung von Standardfehlern (Enders & Peugh, 2004). Dem Vorteil von MI gegenüber FIML, bequem eine „inklusive Datenanalysestrategie“ unter Einbezug möglichst vieler potentiell mit den fehlenden Werten korrelierender Variablen (*auxiliary variables*, vgl. Collins, Schafer & Kam, 2001; Graham, 2003) vornehmen zu können, steht entgegen, dass bei MI die Berechnung von Fit-Indizes noch nicht ausgereift scheint (Davey, Savla & Luo, 2005; Reinecke, 2005) und (insbesondere bei kleinen Stichproben) eine Tendenz zur Unterschätzung von Kovarianzen besteht (Graham & Schafer, 1999; Schafer & Graham, 2002).

Schließlich werden als MNAR Missing-Data-Strukturen bezeichnet, wenn die fehlenden Werte sowohl mit der unbedingten als auch der  $X_{1...k}$ -bedingten Werteverteilung von  $Y$  zusammen hängen. In diesem Fall führen auch die „modernen“ Missing-Data-Prozeduren zu verfälschten Parameterschätzungen, sofern der Datenausfallprozess unbekannt und nicht statistisch modellierbar ist.

---

<sup>22</sup> Abweichungen von MCAR können allerdings bei allen traditionellen Verfahren zu stark fehlerbehafteten Parameterschätzungen führen. Weitere Einschränkungen ergeben sich daraus, dass beim Fallweisen Ausschluss insbesondere bei multivariaten Datenanalysen mitunter erhebliche Stichprobenverluste entstehen; beim Paarweisen Ausschluss ist es problematisch, eine Gesamtstichprobengröße zu bestimmen und berechnete Varianz-Kovarianzmatrizen können in sich unstimmig (nonpositive definite) sein. Weiterhin führen die meisten Einzel-

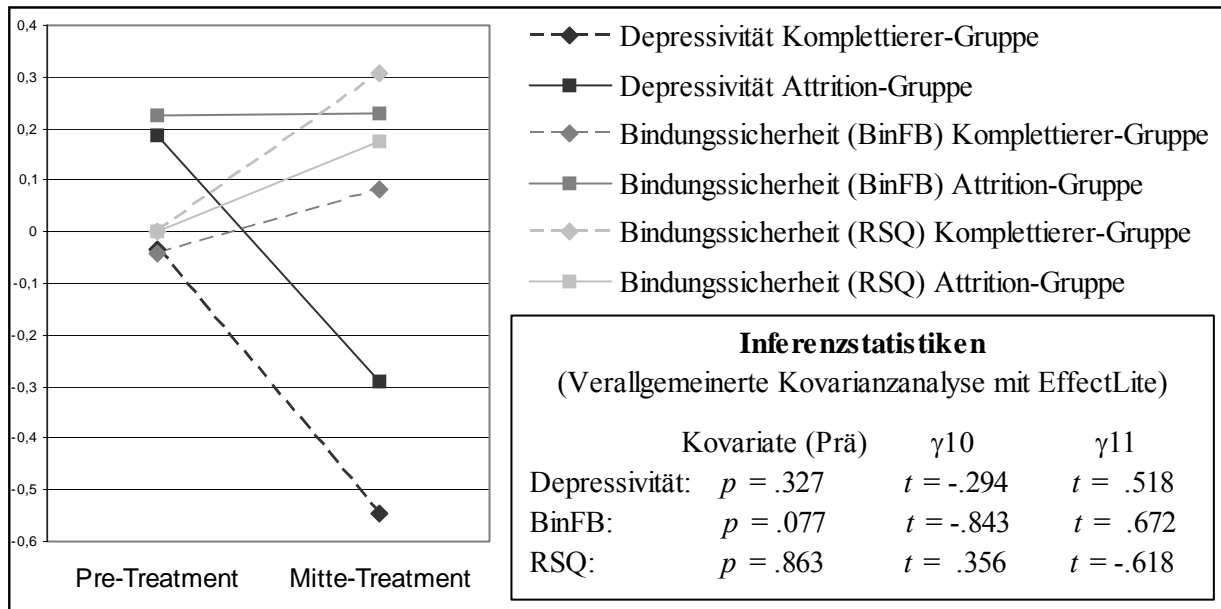


Für fehlende Werte im Sinne von Attrition bei längsschnittlichen Daten bedeutet MCAR, dass der Dropout auf einer Variablen  $Y$  unabhängig von allen Variablen zu jeder Messgelegenheit ist; bei MAR dürfen dagegen Abhängigkeiten zwischen Dropout und Werten auf Variablen zu einer früheren Messgelegenheit sowie zur selben Messgelegenheit vorliegen. Bei MNAR bestehen darüber hinausgehende Zusammenhänge zwischen Dropout und Werten auf  $Y$ .

Während für die MCAR-Annahme Prüfstatistiken existieren, kann die MAR-Annahme nicht statistisch getestet werden, da die fehlenden Werte nicht daraufhin überprüft werden können, ob sie systematisch höher oder niedriger als die beobachteten Werte liegen. Im oben genannten Beispiel (Prä-Post-Zeitverlauf der Depressivität) würde eine entsprechende MAR-Annahme lauten: Der  $X_{1...k}$ -bedingte Mittelwert der fehlenden Werte der Depressivität zur  $MG_3$  ist gleich dem Mittelwert der  $X_{1...k}$ -bedingten beobachteten (im Datensatz vorhandenen) Werte der Depressivität zur  $MG_3$ . Diese MAR-Annahme erscheint in der vorliegenden Studie insbesondere für die Patientengruppe keineswegs selbstverständlich. Plausible Alternativannahme wären: (a) Patienten, deren Depressivitätswerte sich weniger stark verringern, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, die Therapie frühzeitig abubrechen, da diese von ihnen als nicht gewinnbringend eingeschätzt wird. Die Vernachlässigung einer solchen Attrition-Verursachung würde zu einer systematischen Überschätzung der Behandlungseffekte führen. Andererseits (b) mögen einige Patienten, die rasch eine sehr hohe Symptomreduktion erreichen, die Therapie als nicht mehr erforderlich einschätzen und sie frühzeitig beenden, so dass auch ein umgekehrter bzw. u-förmiger Zusammenhang zwischen Dropout und zeitlich nachgeordneten Variablen möglich wäre. Beide Ausfallmechanismen sprechen gegen die MAR-Annahme.

Unter der Gültigkeit der Annahme eines in den ersten Tagen nach Beginn der Therapie exponentiellen und eines späteren relativ geringen linearen Verlaufes der Symptomreduktion (Grawe, 2000) ergibt sich auf der Grundlage der Betrachtung der Mitte-Messgelegenheit (1m; vgl. Abb. 10) anstelle der Postdaten eine Möglichkeit der näherungsweisen Prüfung der dargestellten hypothetischen Dropout-Ursachen: Gilt MAR sollte sich die Gruppe der Patienten, die zur Post-Messgelegenheit nicht mehr an der Studie teilnahm (Mitte-Post- „Attrition-Gruppe“;  $n = 32$ ) und die Gruppe der Patienten, für die zur Post-Messgelegenheit Daten erhoben werden konnten (Mitte-Post- „Komplettierer-Gruppe“;  $n = 183$ ), (a) in ihren Prä-Mitte-Veränderungen und (b) in der Verteilung der Veränderungen nicht unterscheiden, wohingegen Unterschiede im Ausgangsniveau zulässig wären.

Abbildung 14 stellt die entsprechenden Mittelwertverläufe für Depressivität sowie für die zentral fragestellungsrelevanten Bindungssicherheitsvariablen des BinFB und des RSQ dar und listet die  $t$ -Werte der die Unterschiede in den Mittelwertverläufen abbildenden EffectLite-Parametern  $\gamma_{10}$  und  $\gamma_{11}$  auf.



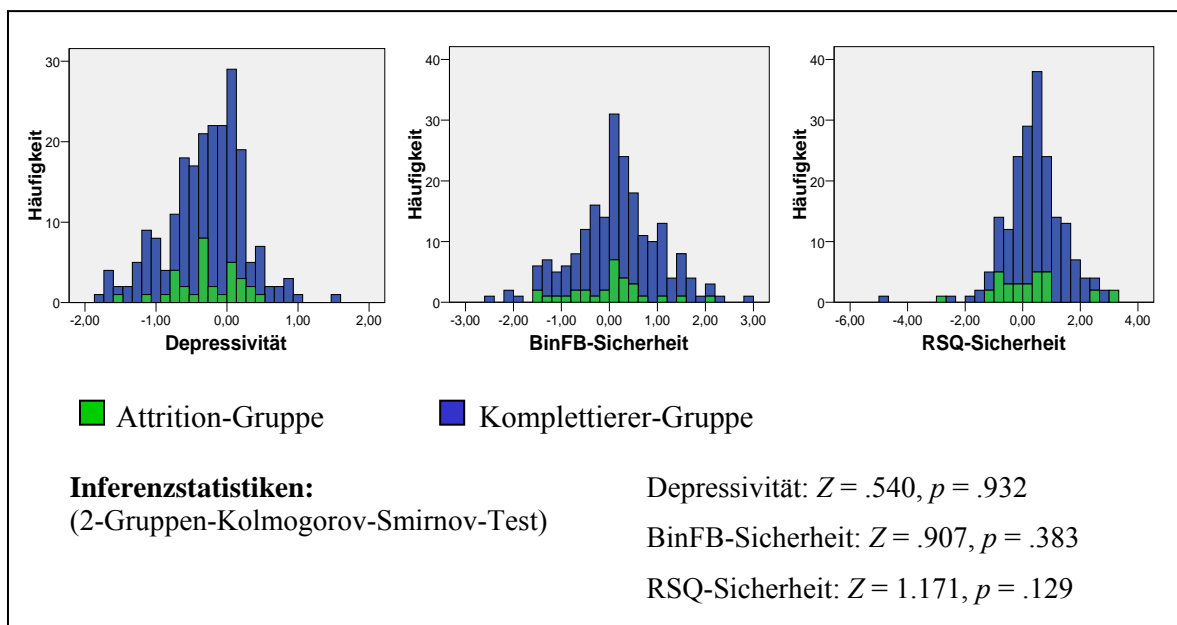
**Abb. 14:** Vergleich der Mittelwertverläufe vom Beginn zur Mitte der Behandlung zwischen der Gruppe der Mitte-Post-Therapieabbrecher (Attrition-Gruppe) versus Mitte-Post-Komplettierer (Verlaufsgraphen basieren auf transformierten Werten  $[(Y - Y_{\text{prä}})/SD_{\text{prä}}]$ ).

Es zeigte sich, dass die Prä-Mitte-Veränderungen sehr ähnlich zwischen der Attrition- und der Komplettierergruppe verliefen und zwischen den Gruppen weder signifikante Unterschiede in den Achsenabschnitten noch in den Steigungskoeffizienten der Regressionen  $E(Y|Z)$  bestanden (Depressivität:  $\gamma_{10} = -.068$ ;  $SE = .232$ ;  $t = -.294$ ;  $\gamma_{11} = .068$ ;  $SE = .132$ ;  $t = .518$  BinFB-Sicherheit:  $\gamma_{10} = -.642$ ;  $SE = .762$ ;  $t = -.843$ ;  $\gamma_{11} = .094$ ;  $SE = .140$ ;  $t = .672$ ; RSQ-Sicherheit:  $\gamma_{10} = .279$ ;  $SE = .783$ ;  $t = .356$ ;  $\gamma_{11} = -.124$ ;  $SE = .201$ ;  $t = -.618$ ). Etwas deutlicher ausgeprägt, allerdings wiederum nicht statistisch signifikant, waren Gruppenunterschiede in Bezug auf die Treatment-Eingangsniveaus (ein Aspekt der allerdings mit MAR vereinbar ist, und nur gegen MCAR spricht): Spätere Dropouts wiesen tendenziell zum Beginn der Behandlung eine höhere BinFB-Sicherheit auf ( $M_{\text{Attrition}} = 5.37$ ;  $M_{\text{Komplettierer}} = 4.91$ ;  $\chi^2 = 3.138$ ,  $df = 1$ ,  $p = .077$ ).

Aus Abbildung 12 können Unterschiede in den Verteilungen der Veränderungen (Differenzwerte) zwischen den beiden Gruppen entnommen werden. Wiederum zeigten sich keine sta-

tistisch signifikanten Unterschiede, deskriptiv wurde auch keine u-förmige Verteilung der Differenzwerte bei der Attrition-Gruppe ersichtlich.

Insgesamt sind die Resultate der Dropout-Analysen mit der MAR-Annahme gut vereinbar. Daher soll in den nachfolgenden Strukturgleichungsmodellanalysen ein Missing-Data-Verfahren angewandt werden, für das die MAR-Annahme hinreichend ist. Angesichts der bereits weiter oben in diesem Abschnitt genannten Schwächen der MI (Berechnung korrekter Fit-Statistiken, Unterschätzung von Kovarianzen<sup>23</sup>) wird bei den Strukturgleichungsmodellanalysen das FIML-Verfahren verwendet.



**Abb. 15:** Vergleich der Verteilungen von Mitte-Prä-Differenzwerten zwischen der Gruppe der Mitte-Post-Therapieabbrecher (Attrition) versus Mitte-Post-Komplettierer.

<sup>23</sup> Entsprechend Bortz (1999, S. 122) sollte bei relativ jungen Untersuchungsgebieten eine hohe  $\beta$ -Fehler-Wahrscheinlichkeit vermieden werden.

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Deskription der Stichprobe, Reliabilitätsschätzungen

In Tabelle 8 wurden bereits die absoluten Häufigkeiten der Untersuchungsteilnehmer über die einzelnen Messpunkte hinweg berichtet. Soziodemografische Stichprobencharakteristika und deskriptive Statistiken zu den zentralen Konstrukten, die sich auf die Prä-Messgelegenheit beziehen, sind den Tabellen 10 und 11 zu entnehmen, in der die Interventions- versus Vergleichsgruppe jeweils gegenüber gestellt wurden.

**Tab. 10:** Soziodemografische/soziale Angaben in der Patienten- und der Vergleichsgruppe.

<b>Soziodemografische Merkmale</b>	<b>Patientengruppe</b>	<b>Vergleichsgruppe</b>	<b>Inferenz-Statistiken</b>
<i>Geschlecht</i>	Weiblich: 72.1 %	Weiblich: 74.9 %	$\chi^2 = .537$ ; $df = 1$ ; $p = .463$
<i>Alter</i>	$M = 32.4$ ; $SD = 10.59$	$M = 26.92$ ; $SD = 10.44$	$F(1,522) = 35.67$ ; $p < .001$
<i>Nationalität</i>	Deutsch: 97.7 %	Deutsch: 98.1 %	$\chi^2 = .074$ ; $df = 1$ ; $p = .785$
<i>Bildungsstatus</i>	Noch Schüler: 2.6 % Keinen/Hauptschule: 12.8 % Realschule/POS: 45.3 % (Fach-)Abitur: 24.9 % Hochschulabschluss: 13.6 %	Noch Schüler: 5.0 % Keinen/Hauptschule: 5.0 % Realschule/POS: 23.9 % (Fach-)Abitur: 59.8 % Hochschulabschluss: 6.2 %	$\chi^2 = 73.17$ ; $df = 4$ ; $p < .001$
<i>Familienstand</i>	Ledig: 64.5 % (Wieder)verheiratet: 27.2 % Geschieden/verwitwet: 8.3 %	Ledig: 75.4 % (Wieder)verheiratet: 19.6 % Geschieden/verwitwet: 5.0 %	$\chi^2 = 7.56$ ; $df = 2$ ; $p = .023$
<i>Partnerschaftssituation</i>	Kurzf. k. Partner: 14,3 % Langf. k. Partner: 24.5 % Wechselnde Partner: 4.5 % Fester Partner: 56.6 %	Kurzf. k. Partner: 15,2 % Langf. k. Partner: 18.4 % Wechselnde Partner: 3.5 % Fester Partner: 62.9 %	$\chi^2 = 3.57$ ; $df = 3$ ; $p = .312$
<i>Beschäftigung</i>	Schüler/Student: 18.5 % Berufstätig: 61.4 % Arbeitslos: 8.7 % Rentner: 7.6 % Anderweitig o. Besch.: 3.8 %	Schüler/Student: 68.3 % Berufstätig: 21.8 % Arbeitslos: 5.3 % Rentner: 3.3 % Anderweitig o. Besch.: 1.3 %	$\chi^2 = 106.23$ ; $df = 4$ ; $p < .001$

Die Analysen ergaben einige signifikante Unterschiede ( $p < .05$ ; zweiseitige Tests) in den erfragten soziodemografischen und sozialen Merkmalen. Die Personen in der Patientengruppe waren älter (Median 31 vs. 22 Jahre), wiesen einen geringeren Bildungsstatus auf (knapp 40 % vs. 66 % mit Fachabitur/Abitur), waren häufiger verheiratet (27 % vs. knapp 20 %) und etwa dreimal häu-

figer berufstätig als Probanden der Vergleichsgruppe (61 % vs. 22 %). Diese Unterschiede spiegeln den durch die Art der Stichprobenrekrutierung bedingten hohen Anteil an Studenten in der Vergleichsgruppe wider. Etwas überraschend fanden sich keine Gruppenunterschiede hinsichtlich der Partnerschaftssituation. In beiden Gruppen gaben etwa 60 % der Personen an, eine langfristige Partnerschaft zu führen, wohingegen jeweils etwa ein Drittel aktuell ohne Partner war.

Aus Tabelle 11 ist ersichtlich, dass zur Prä-Messgelegenheit die Mittelwerte der Variablen, die psychische Probleme abbilden (alle Variablen außer BFPE-Öffnungsbereitschaft), in der Patientengruppe durchgängig höher ausgeprägt waren als in der Vergleichsgruppe. Ausgehend von einem klinisch relevanten ADS-Cut-Off-Wert  $> 23$  wurden 76.2 % der Patienten- und 15.4 % der Vergleichsgruppe als krankheitswertig depressiv eingestuft. Auch hinsichtlich der BFPE-Kategorisierung unterschieden sich die Häufigkeitsverteilungen der klassischen Bindungskategorien deutlich zwischen den Gruppen (Patienten: sicher = 15.3 %, ambivalent = 67.8 %, vermeidend = 16.9 %; Vergleichsgruppe: sicher = 57.8 %, ambivalent = 26.4 %, vermeidend = 15.9 %;  $\chi^2 = 111.45$ ,  $df = 2$ ,  $p < .001$ ). Weiterhin fielen die Standardabweichungen in der Patientengruppe durchgängig größer aus.

**Tab. 11:** Variablendeskription der Gesamtskalen der zentralen Konstrukte.

Gesamtskalen		Patientengruppe					Vergleichsgruppe				
		$M^a$	$SD$	K-S-Test <sup>b</sup>	Wertebereich	$\alpha^c$	$M^a$	$SD$	K-S-Test <sup>b</sup>	Wertebereich	$\alpha^c$
<i>ADS</i>	<i>Depressivität</i>	1.55	.58	.146	.20-2.58	.91	.70	.46	.002	.05-2.30	.89
<i>BFPE</i>	<i>Akzeptanzprobleme</i>	1.96	.95	.181	.00-4.00	.89	1.01	.77	.002	.00-3.80	.88
	<i>Öffnungsbereitschaft</i>	2.21	.91	.060	.00-3.91	.91	2.87	.77	.001	.36-3.64	.90
	<i>Zuwendungsbedürfnis</i>	2.45	.90	.038	.00-4.00	.85	2.02	.78	.393	.00-4.00	.82
<i>BinFB</i>	<i>Ängstlichkeit</i>	1.68	1.01	.278	.00-4.00	.91	.94	.81	.001	.00-3.60	.90
	<i>Vermeidung</i>	1.27	.86	.002	.00-3.90	.88	.89	.67	.001	.00-3.60	.85
<i>RSQ</i>	<i>Ängstlichkeit</i>	2.15	.94	.128	.00-4.00	.82	1.35	.88	.013	.00-3.83	.84
	<i>Vermeidung</i>	2.05	.72	.400	.00-4.00	.83	1.67	.55	.018	.25-3.25	.76

<sup>a</sup>: Durchschnittlicher individueller Mittelwert; <sup>b</sup>: Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung (aus Platzgründen wurden lediglich die  $p$ -Werte dargestellt); <sup>c</sup>: Cronbach's Alpha.

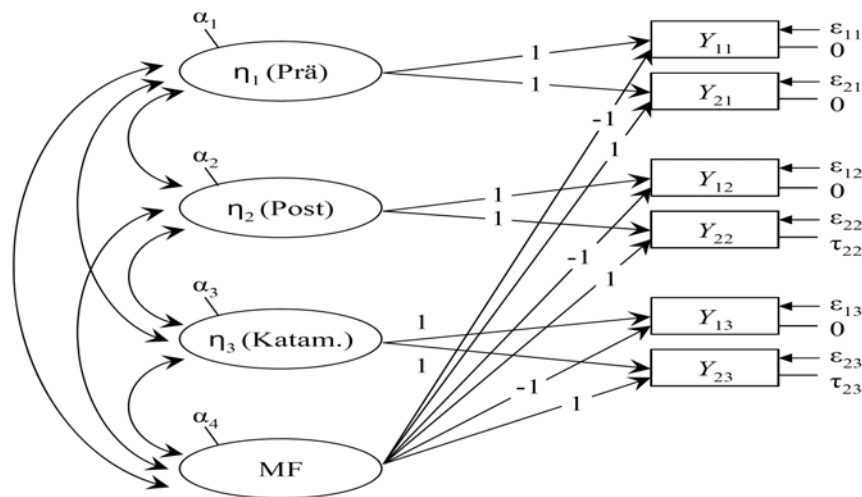
In der Patientengruppe erwiesen sich die Variablen weitgehend als normalverteilt (Ausnahmen: BFPE-Zuwendungsbedürfnis und BinFB-Vermeidung); in der Vergleichsgruppe bestanden dagegen fast durchgängig signifikante Abweichungen von der Normalverteilung. Gegenüber den

Einzelskalen fielen die Abweichungen der nicht in Tab. 11 dargestellten Bindungssicherheitsvariablen des BinFB und des RSQ geringer aus (Kolmogorov-Smirnov-Tests in der Patientengruppe:  $p_{(\text{BinFB-Sicherheit})} = .662$ ,  $p_{(\text{RSQ-Sicherheit})} = .663$ ; in der Vergleichsgruppe:  $p_{(\text{BinFB-Sicherheit})} = .008$ ,  $p_{(\text{RSQ-Sicherheit})} = .182$ ). Die Reliabilitätsschätzungen der Skalen waren in beiden Gruppen zufrieden stellend (Cronbach's  $\alpha = .76$  bis  $\alpha = .91$ ).

## 5.2 Spezifikation der Messmodelle

Die Messmodelle für die einzelnen Konstrukte über die drei Messgelegenheiten hinweg (Prä, Post, Katamnese) wurden separat für die Patienten- und die Vergleichsgruppe in zwei Schritten angepasst. Zunächst wurden die Faktorladungen jeder latenten Variable auf 1 fixiert und jeweils von einem Messmodell mit einem MEcom-modellierten, mit den State-Variablen über die Messgelegenheiten hinweg korrelierenden Methodenfaktor ausgegangen. Dabei wurden die Achsenabschnitte  $\tau_Y$  zur ersten Messgelegenheit auf 0 fixiert, wohingegen zu den späteren Messgelegenheiten jede zweite Testhälfte im Modell freigesetzt wurde. Die Mittelwerte der latenten State-Variablen ( $\alpha$ ) wurden auf 0 fixiert, die des Methodenfaktors frei gesetzt (vgl. Abschnitt 4.4, Analysen von Mittelwertstrukturen). In das entsprechende Modell (siehe Abbildung 16) wurden für das jeweilige Konstrukt die in Abschnitt 5.1 beschriebenen Testhalbierungsvarianten implementiert und diejenige ausgewählt, deren Passung ( $\chi^2$ -Statistik, *RMSEA*) über beide Gruppen hinweg am besten war. In einem zweiten Schritt wurde überprüft, ob weitere Restriktionen (gleiche Fehlervarianzen; Fixierung der Korrelationen zwischen dem Methodenfaktor und den State-Variablen auf Null) signifikante Modellverschlechterungen nach dem  $\chi^2$ -Differenzentest ergaben. Traf dies nicht zu, wurde die jeweilige Restriktion beibehalten. Die Struktur der verwendeten LISREL-Syntax kann Anhang 9.10 entnommen werden.

Wie aus Tabelle 12 ersichtlich, waren die Modellpassungen in beiden Gruppen zufrieden stellend. Für den Methodenfaktor, der bei jedem Konstrukt spezifiziert wurde, ergaben sich durchgängig signifikante Varianzen (nicht in Tab. 12 dargestellt). Die Betrachtung der Freiheitsgrade zeigt, dass die Korrelationen des Methodenfaktors mit den latenten State-Variablen insbesondere bei der Patientengruppe häufig auf Null fixiert werden konnten ( $df = 8$  und  $df = 13$ ). Weiterhin fällt auf, dass die Messmodelle für ein Konstrukt zwischen der Patienten- und der Vergleichsgruppe fast durchgängig divergierten. In den nachfolgenden Datenanalysen wurde das jeweils weniger restriktive Messmodell verwendet (z. B. in Multi-Sample-Analysen Depressivität mit freigesetzten Fehlervarianzen in beiden Gruppen).



**Abb. 16:** Messmodell mit Faktorladungen = 1 und MEcom-Methodenfaktor (MF).

**Tab. 12:** Fit-Indizes für die Messmodelle separat für die Patienten- und Vergleichsgruppe.

Konstrukte		Patientengruppe				Vergleichsgruppe			
		$\chi^2$	df	p	RMSEA	$\chi^2$	df	p	RMSEA
ADS	Depressivität	7.12	8	.523	.000	9.60	13	.726	.000
BFPE	Akzeptanzprobleme	8.99	8	.343	.022	9.89	13	.703	.000
	Öffnungsbereitschaft	6.82	5	.235	.037	2.86	5	.722	.000
	Zuwendungsbedürfnis	12.78	13	.465	.000	6.24	8	.621	.000
BinFB	Ängstlichkeit	9.06	8	.337	.022	2.49	5	.777	.000
	Vermeidung	14.31	8	.074	.055	1.53	5	.910	.000
	Sicherheit	4.41	8	.818	.000	0.69	5	.983	.000
RSQ	Ängstlichkeit	10.28	8	.246	.033	5.28	5	.383	.015
	Vermeidung	5.52	8	.701	.000	4.28	5	.509	.000
	Sicherheit	2.12	5	.832	.000	13.62	10	.191	.037

Modelle mit  $df=5$ : Faktorladungen = 1, frei schätzbare Fehlervarianzen, frei schätzbare Korrelationen mit Methodenfaktor;  $df=8$ : Faktorladungen = 1, frei schätzbare Fehlervarianzen, auf 0 fixierte Korrelationen mit Methodenfaktor;  $df=10$ : Faktorladungen = 1, gleichgesetzte Fehlervarianzen, frei schätzbare Korrelationen mit Methodenfaktor;  $df=13$ : Faktorladungen = 1, gleichgesetzte Fehlervarianzen, auf 0 fixierte Korrelationen mit Methodenfaktor.

Um Unterschiede in latenten Variablen zwischen der Patienten und der Vergleichsgruppe analysieren zu können, muss zwischen den Gruppen eine einheitliche Metrik in den latenten Variablen bestehen, die im Falle der Gleichheit der Faktorladungen (faktorielle Invarianz) hinreichend gegeben ist. Da diese Voraussetzung entsprechend der Fixierung aller Faktorladungen  $\lambda_{ij}=1$  bereits galt, konnte auf die Durchführung von Multi-Sample-Analysen mit invarianten Faktorladungen zur inferenzstatistischen Überprüfung dieser Voraussetzung verzichtet werden. Da Mul-

ti-Sample-Analysen die Möglichkeit eröffnen, Gruppenunterschiede in den Varianzen und Achsenabschnitten der latenten Variablen inferenzstatistisch zu testen und somit einen ersten Einblick in Divergenzen zwischen der Patienten- und der Vergleichsgruppe hinsichtlich der Dispersionen und Mittelwerte der latenten Variablen zu gewinnen, wurden entsprechende Analysen dennoch vorgenommen. Hierzu wurde bei jedem Konstrukt das zwischen den Gruppen jeweils weniger restriktive Messmodell (vgl. Tab. 12) nun über beide Gruppen hinweg spezifiziert und zunächst folgende Restriktionen eingeführt: a) sukzessive separate Gleichsetzung einzelner Varianzen der latenten Variablen zwischen den Gruppen; b) simultane Gleichsetzung der drei Kovarianzen des Methodenfaktors mit den latenten Variablen zwischen den Gruppen. Im Falle unwesentlicher Modellverschlechterung ( $p < .10$ ) im  $\chi^2$ -Differenzentest wurde die jeweilige Restriktion beibehalten, so dass für jedes Konstrukt ein explorativ angepasstes, finales Multi-Sample-Messmodell resultierte (zur Struktur der LISEL-Syntax vgl. Anhang 9.11).

Tabelle 13 fasst die wesentlichen Charakteristika dieser finalen Modelle zusammen. Auffallend ist, dass die Varianzen der State-Variablen über die Messgelegenheiten hinweg in der Patientengruppe fast ausnahmslos (Post-BFPE-Zuwendungsbedürfnis) größer waren als in der Vergleichsgruppe. Zur Prä-Messgelegenheit fielen diese Unterschiede auch mit nur einer Ausnahme (RSQ-Ängstlichkeit) durchgängig signifikant aus, wohingegen dies zu späteren Zeitpunkten nur ausnahmsweise zutraf (Post: BinFB-Vermeidung; Katamnese: ADS-Depressivität).

**Tab. 13:** Vergleich der Varianzen der latenten Variablen zwischen der Patienten- und der Vergleichsgruppe.

Konstrukte	Divergenz der Varianzen (Patientengruppe/ Vergleichsgruppe)				Fit-Statistiken			
	Prä	Post	Katamn.	MF	$\chi^2$	df	p	RMSEA
ADS <i>Depressivität<sup>a</sup></i>	.31/.20*	.31/.23 <sup>+</sup>	.33/.19*	.01/.01	13.16	17	.725	.000
<i>Akzeptanzprobleme<sup>a</sup></i>	.82/.55*	.71/.57	.63/.61	.02/.02	17.21	19	.575	.000
BFPE <i>Öffnungsbereitschaft<sup>b</sup></i>	.80/.56*	.69/.61	.73/.55 <sup>+</sup>	.01/.01	14.16	15	.513	.000
<i>Zuwendungsbedürfnis<sup>a</sup></i>	.80/.54*	.63/.65	.65/.54	.04/.03	17.56	19	.552	.000
<i>Ängstlichkeit<sup>b</sup></i>	.96/.60*	.68/.66	.75/.73	.01/.01	15.65	17	.549	.000
BinFB <i>Vermeidung<sup>c</sup></i>	.69/.39*	.59/.39*	.59/.45 <sup>+</sup>	.03/.02 <sup>+</sup>	14.48	10	.152	.041
<i>Sicherheit<sup>c</sup></i>	2.03/1.37*	1.97/1.49	2.00/1.67	.04/.03	10.28	13	.671	.000
RSQ <i>Ängstlichkeit<sup>b</sup></i>	.79/.68	.76/.65	.77/.62	.06/.05	18.29	17	.371	.017
<i>Vermeidung<sup>b</sup></i>	.48/.26*	.38/.33	.35/.25 <sup>+</sup>	.02/.02	9.32	15	.860	.000
<i>Sicherheit<sup>b</sup></i>	1.31/1.10*	1.36/1.26	1.49/1.11 <sup>+</sup>	.03/.04	13.21	16	.658	.000

\*:  $p < .05$ , <sup>+</sup>:  $p < .10$  (jeweils  $\chi^2$ -Differenzentest); <sup>a</sup>: Modell ohne Methodenfaktor-Korrelationen; <sup>b</sup>: zwischen Gruppen gleichgesetzte Methodenfaktor-Korrelationen. <sup>c</sup>: zwischen Gruppen freigesetzte Methodenfaktor-Korrelationen.



Weitere Multi-Sample-Analysen wurden in Bezug auf Gruppenunterschiede in den Mittelwerten der latenten State-Variablen durchgeführt (vgl. Tabelle 14). In Tab. 14 wurden auch die Korrelationen der State-Variablen über die Messgelegenheiten hinweg (Stabilitätskoeffizienten) eingetragen. Die Parameter wurden den LISREL-Within-Group-Statistiken der entsprechenden Multi-Sample-Analysen entnommen. Die inferenzstatistischen Angaben wurden wiederum über  $\chi^2$ -Differenzentests gewonnen.

Wie Tab. 14 zeigt, ergaben sich signifikante Mittelwertunterschiede in den latenten State-Variablen nicht nur bezüglich des Zustandes vor der Behandlung, sondern auch zur Postmessung und zur Katamnese. Dabei wiesen die Patienten jeweils die ungünstigeren (höhere Depressivität und Bindungsunsicherheit implizierende) Durchschnittswerte auf. Demnach konnte die Gruppe der Patienten das psychosoziale Funktionsniveau der nicht-klinischen Vergleichsgruppe zu keiner Messgelegenheit erreichen. Auf deskriptiver Ebene fielen die Stabilitätskoeffizienten in der Patientengruppe durchgängig geringer aus als in der Vergleichsgruppe. Dies ist ein erster Hinweis, dass in der Patientengruppe eine vergleichsweise hohe Variabilität in den Veränderungen zwischen den Messpunkten bestand. Detailliertere Analysen dieser interindividuellen Unterschiede in intraindividuellen Veränderungen werden in Abschnitt 5.4.1 dargestellt.

**Tab. 14:** Vergleich der Mittelwerte und Korrelationen der latenten Variablen zwischen der Patienten- und der Vergleichsgruppe über die Messgelegenheiten.

Konstrukte		Mittelwerte (Patienten-/Vergleichsgruppe)			Korrelationen (Patienten-/Vergleichsgruppe)		
		Prä	Post	Kat.	Prä-Post	Post-Kat.	Prä-Kat.
ADS	Depressivität	1.58/.73*	.99/.75*	.97/.66*	.38/.73	.47/.62	.34/.60
BFPE	Akzeptanzprobleme	1.84/.98*	1.38/.89*	1.25/.89*	.60/.79	.63/.79	.36/.71
	Öffnungsbereitschaft	2.14/2.86*	2.46/2.87*	2.42/2.84*	.76/.86	.72/.83	.60/.78
	Zuwendungsbedürfnis	2.53/1.98*	2.04/1.87 <sup>+</sup>	1.96/1.81 <sup>+</sup>	.66/.87	.78/.82	.62/.77
BinFB	Ängstlichkeit	1.80/1.06*	1.30/.91*	1.25/.89*	.57/.82	.47/.72	.43/.67
	Vermeidung	1.37/.96*	1.22/.91*	1.29/.94*	.83/.89	.70/.82	.70/.74
	Sicherheit	4.74/5.99*	5.38/6.18*	5.37/6.16*	.72/.86	.62/.78	.60/.76
RSQ	Ängstlichkeit	2.37/1.53*	1.85/1.30*	1.78/1.30*	.63/.83	.73/.82	.57/.74
	Vermeidung	2.04/1.56*	1.80/1.53*	1.81/1.53*	.71/.87	.61/.79	.52/.74
	Sicherheit	3.84/5.05*	4.45/5.20*	4.53/5.23*	.67/.86	.68/.81	.54/.78

\*:  $p < .05$ , <sup>+</sup>:  $p < .10$  (jeweils  $\chi^2$ -Differenzentest).

### 5.3 Analysen von Behandlungseffekten mittels verallgemeinerter Kovarianzanalyse mit *Effectlite* 3.1.2 (Fragestellung 1, Hypothesen 1.1, 1.2 und 1.3)

Bei den Datenanalysen zur Untersuchung der Fragestellung, ob die Patienten bis zu ihrer Entlassung aus der Klinik durchschnittliche Veränderungen in Bindungsmerkmalen und depressiven Beschwerden erzielten, die auf die stationäre Behandlung zurückzuführen sind und nach der Entlassung konstant blieben, wurde besonderes Augenmerk auf den Einbezug von Kovariaten (potentiell konfundierte Variablen  $Z_1, \dots, Z_k$ ) gelegt, bezüglich derer sich die Patienten- versus Vergleichsgruppe unterschieden und von deren Ausprägung die untersuchten Veränderungen (Prä-Post; Post-Katamnese) abhängig waren, d. h. für die galt:  $[E(g_1|Z_{Y\text{prä}})] \neq [E(g_1|Z_{Y\text{prä}}, Z_k)]$ . Die Analysen erfolgten dabei separat für Veränderungen zwischen Prä- und Post-Messgelegenheit sowie zwischen Post-Messgelegenheit und Katamnese für jedes Konstrukt in zwei Schritten.

Zunächst wurde ein Baseline-Modell berechnet, in welches das jeweils fokussierte Konstrukt als Kriterium ( $Y$ ), die Gruppierungsvariable ( $X$ ) und als Kovariate die entsprechende Präwerte-Variable ( $Z_{Y\text{prä}}$ ) eingingen.<sup>24</sup> Anhand dieses Baseline-Modells wurde der durchschnittliche individuelle Behandlungseffekt für die Gesamtstichprobe als durchschnittlicher  $Z_{Y\text{prä}}$ -bedingter Effekt berechnet  $[E(g_1|Z_{Y\text{prä}})]$ .<sup>25</sup> In einem zweiten Schritt wurde ein finales Modell spezifiziert, in das zusätzliche relevante Kovariaten Eingang finden konnten. Da in EffectLite 3.1.2 kein inferenzstatistisches Prozedere zur gezielten Auswahl von den Behandlungseffekt „bedeutsam“ moderierenden Kovariaten implementiert ist, wurde ein deskriptives Selektionskriterium verwendet, indem anhand der Addition und Subtraktion des Standardfehlers ( $SE$ ) des durchschnittlichen  $Z_{Y\text{prä}}$ -bedingten Effekts ein Konfidenzintervall gebildet  $[E(g_1|Z_{Y\text{prä}}) + SE; E(g_1|Z_{Y\text{prä}}) - SE]$  und auf Überschneidungen hin mit dem durchschnittlichen Effekt eines um eine potentielle Kovariate ( $Z_2$ ) erweiterten Regressionsmodells geprüft wurde  $[E(g_1|Z_{Y\text{prä}}, Z_2)]$ .<sup>26</sup> Ergaben sich bei diesem Vergleich keine Überschneidungen, so galt die entsprechende Kovariate als „bedeutsam“ und wurde in die Berechnung eines finalen durchschnittlichen Behandlungseffektes mit einbezogen  $[E(g_1|Z_{Y\text{prä}}, Z_2, \dots, Z_k)]$ . Berücksichtigte Kovariaten waren jeweils: Geschlecht, Alter, Schulbil-

<sup>24</sup> Der Einbezug der Präwerte ist bei kovarianzanalytischen Ansätzen in längsschnittlichen Studien von zentraler Bedeutung: Einerseits werden dadurch mögliche Gruppenunterschiede in den Präwerten und somit Effekte der Regression zur Mitte (vgl. Nachtigall & Suhl, 2002) kontrolliert; andererseits werden durch den Einbezug der Präwerte auch alle Einflussfaktoren, die zur Ausprägung der Präwerte führten, implizit mit kontrolliert. Wie aus Tabelle 15 zu entnehmen ist, waren die Präwerte aller zentralen Konstrukte zwischen der Vergleichs- und Interventionsgruppe signifikant unterschiedlich.

<sup>25</sup> vgl. die Ausführungen zu Analysen durchschnittlicher Effekte in Abschnitt 4.4.

<sup>26</sup> Geprüft wurde also:  $[E(g_1|Z_{Y\text{prä}}) + SE] > [E(g_1|Z_{Y\text{prä}}, Z_2)] > [E(g_1|Z_{Y\text{prä}}) - SE]$ . Für das Konstrukt Depressivität galt folglich das Konfidenzintervall  $[-.336; -.194]$  (vgl. Tab. 15). Die Bildung der Konfidenzintervalle erfolgte somit progressiv (erhöhtes Risiko des Einbezugs von in der Population irrelevanten Kovariaten), da der  $SE$  nicht mit 1.96 gewichtet wurde. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um eine differenzierte Modellbildung zu fördern.

derung, Berufsstatus, Familienstand, Partnerschaftssituation (vgl. Tab. 10), Depressivität und der Belastungsscore durch kritische Lebensereignisse der MEL. Depressivität wurde dabei als latente Variable (Messmodell mit Faktorladungen = 1 und MEcom-Methodenfaktor) modelliert, die anderen Merkmale als metrische bzw. referenzkodierte Single-Indicator-Variablen. Tabelle 15 gibt einen Überblick über die Ergebnisse.

**Tab. 15:** Durchschnittliche Prä-Post-Behandlungseffekte unter Berücksichtigung von als bedeutsam identifizierten Kovariaten.

Konstrukte	Bedeutsame Kovariaten (Prä)	Durchschnittlicher Behandlungseffekt in der Gesamtstichprobe			Kovariatenparameter			
		$E(g_1)$	$SE$	$ES$	$\gamma_{01}$	$\gamma_{11}$	$\gamma_{02}$	$\gamma_{12}$
<i>ADS</i> <i>Depressivität</i>	Präwerte	-.265*	.071	-.549	.835*	-.456*		
<i>BFPE</i>	<i>Akzeptanzprobleme</i>	Präwerte	.079	.083	-.105	.793*	-.259*	
	Präwerte Depressivität	-.199*	.090	-.261	.669*	-.171	.330*	-.228
	<i>Öffnungsbereitschaft</i>	Präwerte	.301*	.121	.387	.788*	-.154	
	<i>Zuwendungsbedürfnis</i>	Präwerte	-.197*	.079	-.243	.963*	-.410*	
<i>BinFB</i>	<i>Ängstlichkeit</i>	Präwerte	-.046	.072	-.056	.783*	-.341*	
	<i>Vermeidung</i>	Präwerte	.021	.048	.034	.933*	-.135 <sup>+</sup>	
	<i>Sicherheit</i>	Präwerte	.083	.100	.067	.857*	-.260*	
<i>RSQ</i>	<i>Ängstlichkeit</i>	Präwerte	-.085	.077	-.106	.817*	-.206*	
		Präwerte Depressivität	.002	.093	.002	.819*	-.093	.008
	<i>Vermeidung</i>	Präwerte	-.062	.060	-.107	1.03*	-.377*	
	<i>Sicherheit</i>	Präwerte	.199*	.098	.178	.986*	-.400*	

\*,  $p < .05$ , <sup>+</sup>:  $p < .10$  (jeweils zweiseitiger Test).

Wie Tabelle 15 zeigt (in der die Methodenfaktoren nicht aufgeführt sind, da sie jeweils keine signifikanten Effekte erbrachten), erwies sich der unter Einbezug der Präwerte resultierende durchschnittliche Behandlungseffekt als weitgehend robust gegenüber der Aufnahme weiterer potentieller Kovariaten. Die einzigen Ausnahmen ergaben sich für BFPE-Akzeptanzprobleme und RSQ-Ängstlichkeit, bei denen die Einbeziehung der Prä-Depressivitätswerte zu bedeutenden Abweichungen des durchschnittlichen Effektes führte. Der ausgeprägteste Behandlungseffekt mit  $ES = -.549$  lag für depressive Beschwerden vor. Dieser Wert zeigt an, dass sich depressive Beschwerden in der Gesamtstichprobe durchschnittlich um etwa eine halbe Standardabweichung

infolge der stationären Intervention reduzieren ließen. Hinsichtlich der Bindungsmerkmale fanden sich durchgängig niedrigere Effekte, die nur in Bezug auf die BFPE-Einzelskalen sowie bei RSQ-Sicherheit statistisch signifikant wurden. Demnach reduzierten sich BFPE-Akzeptanzprobleme ( $ES = -.199$ ) und BFPE-Zuwendungsbedürfnis ( $ES = -.197$ ) statistisch bedeutsam infolge des stationären Aufenthalts, wohingegen BFPE-Öffnungsbereitschaft ( $ES = .301$ ) und RSQ-Sicherheit ( $ES = .199$ ) zunahmen.

Demgegenüber häufiger und in Bezug auf die jeweiligen Präwerte mit durchgängig negativen Vorzeichen ergaben sich signifikante Kovariaten-Treatment-Interaktionseffekte ( $\gamma_{11}$ ). Diese indizierten, dass die Steigungskoeffizienten der gruppenspezifischen Regression  $Y$  auf  $Z_{Y_{\text{prä}}}$  (bzw. auf  $Z_{Y_{\text{prä}}}$  und  $Z_{\text{Depr}_{\text{prä}}}$ ) in der Patienten- gegenüber der Vergleichsgruppe kleiner waren. Je höher die Präwerte, desto relativ niedriger fielen somit die Postwerte in der Patientengruppe gegenüber der Vergleichsgruppe aus. Die Behandlung erwies sich daher als in besonderer Weise effektiv für Personen mit hoher Depressivität und unsicherem Bindungsmuster (hohe Bindungsängstlichkeit und -vermeidung bzw. niedrige Bindungssicherheit). Weiterhin replizierten die signifikanten negativen Kovariaten-Treatment-Interaktionseffekte die deskriptiven Ergebnisse der Multi-Sample-Analysen der Messmodelle, wonach die Stabilitätskoeffizienten zwischen Prä- und Post-Messgelegenheit in der Patientengruppe grundsätzlich kleiner ausfielen (vgl. Tab. 14). Mit anderen Worten: Die prognostische Güte der Präwerte war in der Patientengruppe geringer: Gegeben ein bestimmter Präwert streuten die Werte der zugehörigen Postwerte bei den Patienten stärker.<sup>27</sup>

Die deutlichen Unterschiede in den Präwerten zwischen der Patienten- und der Vergleichsgruppe (vgl. Tab. 14) gepaart mit den signifikanten Präwerte-Treatment-Interaktionseffekten lassen vermuten, dass sich die Patienten hinsichtlich ihres gruppenspezifischen durchschnittlichen Behandlungseffektes [ $E(g_1|X=1)$ ] stark von dem der Vergleichsgruppe [ $E(g_1|X=0)$ ] unterschieden. Da der kovariatenbereinigte Behandlungseffekt in der Patientengruppe die Hypothese 1.1 (statistisch signifikante Prä-Post-Veränderungen in der Patienten- gegenüber der Vergleichsgruppe) präzise statistisch operationalisiert, wohingegen der Behandlungseffekt in der Gesamtstichprobe eher eine allgemeine Evaluation des Treatments beinhaltet, wurden gruppenspezifische Behandlungseffekte betrachtet und in Tabelle 16 eingetragen.

---

<sup>27</sup> Die Werte von  $\gamma_{01}$  wurden nur der Vollständigkeit halber in Tab. 15 eingetragen. Die Werte indizieren die jeweilige Kovarianz zwischen Prä- und Postwerten in der Vergleichsgruppe, die freilich signifikant ausfielen.

**Tab. 16:** Separat berechnete durchschnittliche Prä-Post-Behandlungseffekte für die Patienten- und die Vergleichsgruppe.

Konstrukte		Bedeutsame Kovariaten (Prä)	Durchschnittlicher Behandlungseffekt in der Patientengruppe			Durchschnittlicher Behandlungseffekt in der Vergleichsgruppe		
			$E(g_1 X = 1)$	SE	ES	$E(g_1 X = 0)$	SE	ES
ADS	Depressivität	Präwerte	-.458*	.096	-.948	-.069	.079	-.143
BFPE	Akzeptanzprobleme	Präwerte	-.219*	.090	-.290	.063	.106	.083
		Präwerte Depressivität	-.412*	.104	-.514	.018	.118	.024
	Öffnungsbereitschaft	Präwerte	.373*	.163	.480	.227	.145	.293
	Zuwendungsbedürfnis	Präwerte	-.308*	.097	-.381	-.083	.089	-.102
BinFB	Ängstlichkeit	Präwerte	-.170*	.081	-.206	.081	.078	.098
	Vermeidung	Präwerte	-.004	.051	-.006	.046	.049	.076
	Sicherheit	Präwerte	.220*	.105	.178	-.057	.114	-.046
RSQ	Ängstlichkeit	Präwerte	-.161 <sup>+</sup>	.082	-.201	-.008	.090	-.010
		Präwerte Depressivität	-.170	.108	-.212	.177	.118	.220
	Vermeidung	Präwerte	-.123 <sup>+</sup>	.063	-.214	.001	.082	.002
	Sicherheit	Präwerte	.373*	.112	.333	.021	.112	.019

\*,  $p < .05$ , <sup>+</sup>:  $p < .10$  (jeweils zweiseitiger Test).

Aus Tab. 16 ist ersichtlich, dass die durchschnittlichen Behandlungseffekte in der Patientengruppe in erwarteter Richtung, fast durchgängig statistisch bedeutsam [( $p < .10$ , zweiseitiger Test) entspricht ( $p < .05$ , einseitiger Test)] aber in Bezug auf die Bindungsmerkmale zumeist in nur geringer bis mittlerer Höhe ausfielen (Mittelwert der Beträge der Effektstärken über die Bindungsmerkmale hinweg:  $M_{ES} = .274$ ). Die größten Behandlungseffekte erzielte die Patientengruppe in depressiven Beschwerden (knapp eine Standardabweichung Reduktion), gefolgt von Bindungsambivalenz ( $M_{ES} = .285$ ) und Bindungssicherheit ( $M_{ES} = .256$ ). Lediglich bezüglich der Variable BinFB-Vermeidung fiel der Behandlungseffekt nahe Null aus. Für die Vergleichsgruppe galt hingegen, dass eine Behandlung bei keinem der analysierten Konstrukte eine signifikante Besserung versprach.

Zur Prüfung der Annahme, dass Bindungsmerkmale nach der Therapie zur Katamnese-Messgelegenheit hin konstant blieben (Hypothese 1.2), wurden wiederum EffectLite-Analysen durchgeführt. Konstanz unter Berücksichtigung möglicher Veränderungen in der Vergleichs-

gruppe sollten sich in einem Ausbleiben patientengruppenspezifischer Behandlungseffekte zeigen, d. h. es sollte gelten:  $E(g_1|X=1) = 0$ . In diese Analysen gingen nur diejenigen Probanden ein, für die Messwerte zur Post-Messgelegenheit vorlagen ( $N = 407$ ). Da es sich hierbei um eine Gleichheitshypothese handelt, wurde eine Power-Analyse durchgeführt (*G-Power* mit den Spezifikationen:  $\chi^2$ -Test,  $N = 407$ , Teststärke  $\beta < .05$ ). Diese ergab, dass bereits Unterschiede in geringer Effektstärke ( $ES > .18$ ) identifiziert werden können. In Tabelle 17 sind die Ergebnisse zusammengefasst, die nach dem gleichen Prozedere wie die soeben referierten Analysen zu Prä-Post-Unterschieden ermittelt wurden. Als Selektionskriterium für bedeutsame Kovariaten wurde wiederum ein Konfidenzintervall durch einfache Addition und Subtraktion des Standardfehlers ( $SE$ ) gebildet, hier allerdings um den patientengruppenspezifischen durchschnittlichen Behandlungseffekt [ $E(g_1|X=1, Z_{Y_{\text{prä}}}) + SE$ ;  $E(g_1|X=1, Z_{Y_{\text{prä}}}) - SE$ ]

**Tab. 17:** Durchschnittliche Post-Katamnese-Behandlungseffekte in der Patientengruppe unter Berücksichtigung von als bedeutsam identifizierten Kovariaten.

Konstrukte	Bedeutsame Kovariaten (Prä)	Durchschnittlicher Behandlungseffekt in der Patientengruppe			Kovariatenparameter	
		$E(g_1 X=1)$	$SE$	$ES$	$\gamma_{01}$	$\gamma_{11}$
ADS <i>Depressivität</i>	Präwerte	.142*	.052	.324	.568*	-.069
	Präwerte Bildungsst.	.074	.055	.169	$\gamma_{01} = .549^*$ ; $\gamma_{02} = .357^*$ ; $\gamma_{03} = .170$ ; $\gamma_{04} = .222^*$ ; $\gamma_{05} = .117^a$	
BFPE <i>Akzeptanzprobleme</i> <i>Öffnungsbereitschaft</i> <i>Zuwendungsbedürfnis</i>	Präwerte	-.006	.082	-.008	.856*	-.254*
	Präwerte	-.092	.079	-.124	.795*	-.088
	Präwerte	-.062	.082	-.083	.743*	.056
BinFB <i>Ängstlichkeit</i> <i>Vermeidung</i> <i>Sicherheit</i>	Präwerte	-.002	.097	-.002	.820*	-.315*
	Präwerte	.039	.064	.059	.897*	-.159
	Präwerte	-.044	.117	-.035	.815*	-.260*
RSQ <i>Ängstlichkeit</i> <i>Vermeidung</i> <i>Sicherheit</i>	Präwerte	-.005	.103	-.006	.889*	-.181
	Präwerte	.108 <sup>+</sup>	.058	.217	.690*	-.128
	Präwerte	-.116	.105	-.111	.741*	-.116

\*:  $p < .05$ , <sup>+</sup>:  $p < .10$  (jeweils zweiseitiger Test); Bildungsst.: Bildungsstuskategorien entsprechend Tab. 10; <sup>a</sup>: da die Interaktionsterme ( $\gamma_{1k}$ ) der Bildungsstuskategorien jeweils nicht statistisch bedeutsam waren, wurden sie in Tab. 16 nicht aufgeführt.

Signifikante Post-Katamnese-Differenzen der Patienten- gegenüber der Vergleichsgruppe wurden nur für ADS-Depressivität und RSQ-Vermeidung gefunden ( $p < .05$ , einseitiger Test). Die Erhöhung depressiver Beschwerden in der Patientengruppe betrug dabei etwas weniger als ein Drittel einer Standardabweichung gegenüber den Depressivitätswerten in der Vergleichsgruppe zur Post-Messgelegenheit [ $E(g_1|X=1, Z_{Y\text{prä}}) = .142$ ;  $SE = .052$ ;  $t = 2.731$ ;  $ES = .324$ ]. Unter Einbezug der Kovariate „Bildungsstatus“ in das Regressionsmodell ging die signifikante Post-Katamnese-Differenz der Patientengruppe verloren. Wurde die Kategorie „Abitur/Fachabitur“ als Referenzgruppe im Modell kodiert, hoben sich demgegenüber alle anderen Bildungsstatuskategorien mit positivem Vorzeichen ab. Demnach waren die übrigen Bildungsstatuskategorien mit höherer Depressivitätssymptomatik zur Katamnese verbunden. Signifikant waren dabei der Effekt für „noch Schüler“ ( $\gamma_{02} = .357$ ;  $SE = .121$ ;  $t = 2.937$ ) und „Realschule oder POS“ ( $\gamma_{04} = .222$ ;  $SE = .063$ ;  $t = 3.543$ ). Die anderen Bildungsstatusgruppen waren „Keinen oder Hauptschulabschluss“ ( $\gamma_{03}$ ) und „Hochschulabschluss“ ( $\gamma_{05}$ ).

Weiterhin zeigte sich die Tendenz in der Patientengruppe, gegenüber der Vergleichsgruppe höhere Vermeidungswerte zur Katamnese hin zu entwickeln: Für RSQ-Vermeidung ergab sich ein signifikanter, hinsichtlich der Effektgröße aber nur geringer Effekt [ $E(g_1|X = 1) = .108$ ;  $SE = .058$ ;  $t = 1.862$ ;  $ES = .217$ ]. Auch in Bezug auf BinFB-Vermeidung ( $ES = .059$ ) und die invertiert ebenso Bindungsvermeidung abbildende BFPE-Öffnungsbereitschaft ( $ES = -.124$ ) wurde diese Tendenz deutlich, die sich hinsichtlich Bindungsambivalenz (BFPE-Akzeptanzprobleme, BinFB- und RSQ-Ängstlichkeit) nicht zeigte.

Abschließend wurde untersucht, ob in der Patientengruppe langfristige kovariatenbereinigte Behandlungseffekte vorlagen. Hierzu wurden Unterschiede zwischen Katamnese- und Prä-Messgelegenheit analysiert. Diese Fragestellung ist gegenüber den vorhergehenden (Prä-Post-Behandlungseffekt; Post-Katamnese-Stabilität) nicht unabhängig. Da die signifikanten Prä-Post-Effekte teilweise nur von geringer Höhe und die Unterschiede zwischen Post- und Katamnese-Messgelegenheit zwar gering aber mitunter in entgegen gesetzter Richtung ausfielen (z. B. BinFB- und RSQ-Sicherheit; vgl. Tab. 16 und Tab. 17), wurden angesichts der theoretischen und anwendungsbezogenen Relevanz langfristiger Effekte diese die Post-Messgelegenheit nicht berücksichtigenden und daher weniger differenzierten Analysen dennoch durchgeführt.

Wie aus Tabelle 18 zu entnehmen, fielen die durchschnittlichen Prä-Katamnese-Behandlungseffekte in der Patientengruppe [ $E(g_1|X = 1)$ ] fast durchgängig statistisch signifikant aus ( $p < .05$ , einseitiger Test). Ausnahmen bildeten die BinFB- und RSQ-Vermeidung. Die signifikanten Treatment-Kovariaten-Interaktionen mit negativem Vorzeichen indizieren wiederum,

dass die Zusammenhänge zwischen den jeweiligen Prä- und Katamnesevariablen bei den Patienten gegenüber der Vergleichsgruppe niedriger waren und dass mit größer werdenden Präwerten die Differenz der Regressionsschätzungen der Katamnesewerte zwischen der Patienten- und der Vergleichsgruppe zunehmend geringer ausfielen. Zusammengefasst zeigten sich somit langfristige Behandlungseffekte für Depressivität und Bindungsambivalenz abbildende Variablen (BFPE-Akzeptanzprobleme, BinFB- und RSQ-Ängstlichkeit), wobei Patienten mit hohen Ausgangswerten zum Beginn der Behandlung besonders profitierten.

**Tab. 18:** Durchschnittlicher Prä-Katamnese-Behandlungseffekt unter Berücksichtigung von als bedeutsam identifizierten Kovariaten in der Patientengruppe.

Konstrukte	Bedeutsame Kovariaten (Prä)	Durchschnittlicher Behandlungseffekt in der Patientengruppe			Kovariatenparameter			
		$E(g1) X=1$	SE	ES	$\gamma_{01}$	$\gamma_{11}$	$\gamma_{02}$	$\gamma_{12}$
ADS Depressivität	Präwerte	-.193*	.078	-.446	.581*	-.232*		
BFPE Akzeptanzprobleme	Präwerte	-.278*	.107	-.355	.764*	-.372*		
	Präwerte Depressivität	-.398*	.131	-.506	.661*	-.349*	.211	.001
	Öffnungsbereitschaft	.212*	.098	.285	.734*	-.234*		
	Zuwendungsbedürfnis	-.291*	.113	-.394	.770*	-.208*		
BinFB Ängstlichkeit	Präwerte	-.224*	.092	-.285	.710*	-.334*		
	Präwerte Depressivität	-.380*	.122	-.481	.612*	-.254*	.269	-.187
	Vermeidung	.042	.074	.061	.886*	-.094		
	Sicherheit	.285*	.143	.228	.812*	-.294*		
RSQ Ängstlichkeit	Präwerte	-.200 <sup>+</sup>	.112	-.251	.730*	-.067		
	Präwerte	-.018	.073	-.036	.717*	-.213 <sup>+</sup>		
	Präwerte Depressivität	-.117	.081	-.212	.692*	-.221 <sup>+</sup>	.158 <sup>+</sup>	.028
	Sicherheit	.228*	.132	.216	.786*	-.062*		

\*,  $p < .05$ , <sup>+</sup>:  $p < .10$  (jeweils zweiseitiger Test).

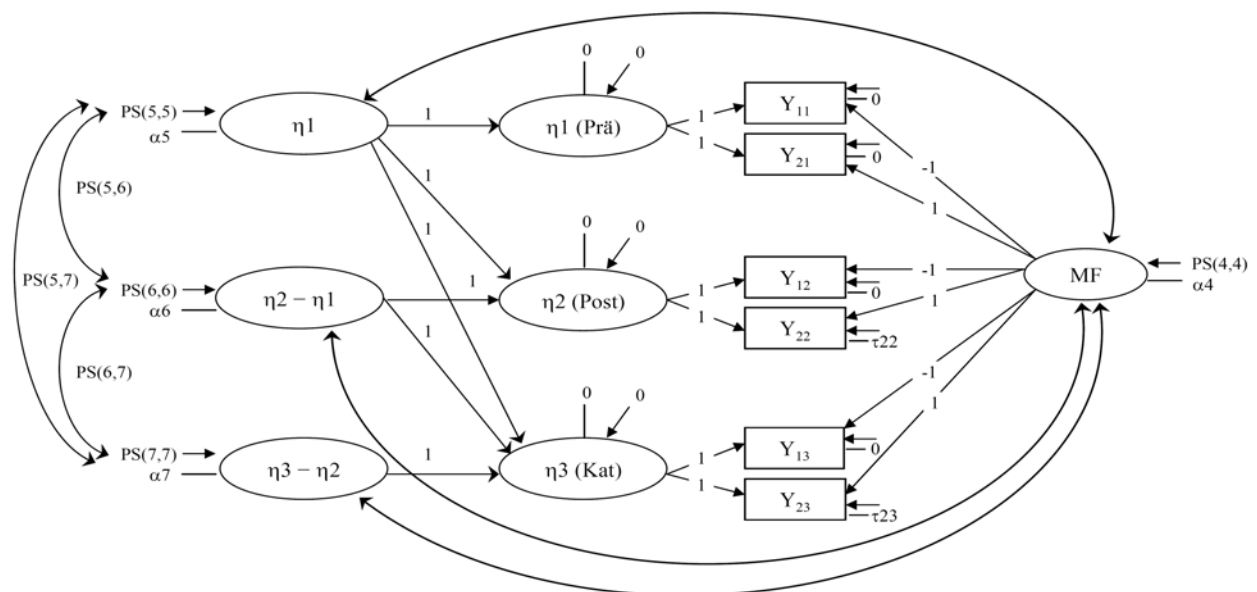


## 5.4 Analysen zur Prädiktion von Veränderungen in depressiven Beschwerden (Fragestellung 2, Hypothesen 2.1 und 2.2)

Im nächsten Abschnitt werden die Prädiktoranalysen zur Aufklärung von Veränderungen in depressiven Beschwerden durch Bindungsmerkmale vorgestellt. Hierzu wurde in einem ersten Schritt überprüft, ob überhaupt von behandlungsbedingten interindividuellen Unterschieden in intraindividuellen Veränderungen ausgegangen werden kann. In weiteren Schritten erfolgten die Analysen zur Aufklärung der interindividuellen Unterschiede. Dabei standen einerseits Bindungsmerkmale zum Ende der Behandlung und andererseits Post-Prä-Differenzen in diesen Bindungsmerkmalen als Prädiktoren im Fokus der Analysen.

### 5.4.1 Messmodelle latenter Veränderungsvariablen

Zunächst wurde auf der Grundlage der True-Intraindividual-Change-Modellspezifikation (vgl. Abschnitt 4.4) ein Messmodell entwickelt, das die Veränderung von einer Messgelegenheit zur nächsten jeweils als latente Differenzvariable spezifiziert und somit interindividuelle Unterschiede in intraindividuellen Veränderungen als Varianz und durchschnittliche intraindividuelle Veränderungen als Mittelwert abbildet (vgl. Abb. 17). Diese Art der Veränderungsparametrisierung erlaubt einerseits innerhalb der Gruppen die Varianzen und Mittelwerte der Veränderungsvariablen gegen Null zu testen. Andererseits können mittels Multi-Sample-Analysen Varianzen und Mittelwerte auf Gruppenunterschiede geprüft werden.



**Abb. 17:** Messmodell zur Analyse von interindividuellen Unterschieden in intraindividuellen Veränderungen.

Die Ergebnisse der für beide Probandengruppen separaten Veränderungsanalysen (vgl. die Struktur der LISREL-Syntax in Anhang 9.12) sind in Tabelle 19 für die Patienten und in Tabelle 20 für die Vergleichsgruppe dargestellt. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden in den Tabellen die Varianzen bzw. Mittelwerte der latenten Differenzvariablen jeweils durch die Varianzen bzw. Mittelwerte der latenten Prävariablen dividiert.

Tab. 19 zeigt, dass in der Patientengruppe die Varianzen der latenten Differenzvariablen (interindividuelle Unterschiede in intraindividuellen Veränderungen) für alle Konstrukte sowohl im Prä-Post- als auch im Post-Katamnese-Zeitintervall signifikant ausfielen. Besonders hohe Varianzen der Post-Prä-Differenzvariablen ( $\eta_2 - \eta_1$ ) ergaben sich für Depressivität (23 % größer als die der Depressivitäts-State-Variable zur Prä-Messgelegenheit) und für Merkmale, die mit Bindungsambivalenz assoziiert sind (BFPE-Akzeptanzprobleme, BinFB- und RSQ-Ängstlichkeit). Die Varianzen der Katamnese-Post-Differenzvariablen ( $\eta_3 - \eta_2$ ) lagen in vergleichbarer Höhe wie die der Post-Prä-Differenzvariablen. Die Unterschiede zwischen den Patienten hinsichtlich des weiteren Entwicklungsverlaufs nach der stationären Behandlung glichen somit in ihrem Ausmaß insgesamt denen während der stationären Behandlung. Aus Tab. 19 kann weiterhin entnommen werden, dass sich die Patientengruppe im Durchschnitt über alle Konstrukte hinweg vom Beginn zum Ende der Behandlung hin verbesserte (vgl. Mittelwertparameter  $\alpha_6$ : knapp 38 % reduzierte Depressivität; Veränderungen in Richtung Bindungssicherheit zwischen 11 % und 25 %, wobei größere durchschnittliche Verbesserungen für bindungsambivalente Merkmale zu konstatieren waren), wohingegen nach der Entlassung aus der Klinik zur Katamnese hin bis auf eine Ausnahme (BFPE-Akzeptanzprobleme) nur statistisch unbedeutende durchschnittliche Differenzen bestanden (vgl. Parameter  $\alpha_7$ ).

Tab. 20 gibt einen Überblick über die entsprechenden Analysen in der Vergleichsgruppe. Auch in dieser kein psychotherapeutisches Behandlungsprozedere durchlaufenden Gruppe fanden sich durchgängig signifikante interindividuelle Unterschiede in Prä-Post- und Post-Katamnese-Veränderungen. Allerdings fielen die entsprechenden Varianzen im Vergleich zur Patientengruppe durchgängig niedriger aus. Auch die Mittelwertdifferenzen fielen in der Vergleichsgruppe insgesamt deutlich geringer aus. Allerdings ergaben sich auch hier signifikante Post-Prä-Mittelwertdifferenzen in Richtung weniger Bindungsambivalenz bzw. höhere Bindungssicherheit. Darüber hinaus zeigte sich hinsichtlich der Katamnese-Post-Mittelwertunterschiede eine signifikante Verringerung der depressiven Beschwerden, die in der Patientengruppe nicht gefunden wurde. Diese in der Vergleichsgruppe unerwarteten Verbesserungen erwiesen sich zwar als relativ konstant über die Subgruppen hinweg, tendenziell aber für die Medizin- und Psychologiestudenten stärker ausgeprägt (vgl. Anhang 9.13).

**Tab. 19:** Analysen von individuellen Veränderungen über die Zeit in der Patientengruppe.

Konstrukte		Varianzen		Mittelwerte		Fit-Statistiken der angepassten Modelle			
		( $\eta_2 - \eta_1$ )	( $\eta_3 - \eta_2$ )	$\alpha_{6(\eta_2 - \eta_1)}$	$\alpha_{7(\eta_3 - \eta_2)}$	$\chi^2$	df	p	RMSEA
ADS	Depressivität	1.23 *	1.09*	-.377*	-.019	7.34	9	.602	.000
BFPE	Akzeptanzprobleme	.756*	.610*	-.255*	-.071*	8.99	8	.344	.022
	Öffnungsbereitschaft	.450*	.497*	.150*	-.023	8.82	6	.184	.042
	Zuwendungsbedürfnis	.613*	.350*	-.198*	-.032	10.55	9	.308	.026
BinFB	Ängstlichkeit	.745*	.792*	-.282*	.022	9.30	9	.410	.011
	Vermeidung	.319*	.507*	-.109*	.044	15.97	9	.067	.054
	Sicherheit	.547*	.744*	.137*	.002	4.42	9	.881	.000
RSQ	Ängstlichkeit	.759*	.544*	-.219*	-.030	10.96	9	.279	.029
	Vermeidung	.458*	.563*	-.118*	.010	5.60	9	.779	.000
	Sicherheit	.672*	.702*	.159*	.021	2.78	6	.836	.000

\*:  $p < .05$  ( $\chi^2$ -Differenzentest); angegebene Koeffizienten entsprechen Quotienten bzgl. der Varianzen: (Varianz latente Differenzvariable) / (Varianz latente Prävariable); bzgl. der Mittelwerte: (Mittelwert latente Differenzvariable) / (Mittelwert latente Prävariable).

**Tab. 20:** Analysen von individuellen Veränderungen über die Zeit in der Vergleichsgruppe.

Konstrukte		Varianzen		Mittelwerte		Fit-Statistiken der angepassten Modelle			
		( $\eta_2 - \eta_1$ )	( $\eta_3 - \eta_2$ )	$\alpha_{6(\eta_2 - \eta_1)}$	$\alpha_{7(\eta_3 - \eta_2)}$	$\chi^2$	df	p	RMSEA
ADS	Depressivität	.601*	.808*	.037	-.132*	6.79	9	.659	.000
BFPE	Akzeptanzprobleme	.436*	.455*	-.092*	.004	5.48	9	.790	.000
	Öffnungsbereitschaft	.286*	.339*	.002	-.010	3.37	7	.849	.000
	Zuwendungsbedürfnis	.278*	.407*	-.056*	-.030	7.90	9	.545	.000
BinFB	Ängstlichkeit	.383*	.654*	-.135*	.023	2.72	6	.843	.000
	Vermeidung	.205*	.410*	-.042	.031	3.61	7	.823	.000
	Sicherheit	.292*	.518*	.032*	-.002	0.73	6	.994	.000
RSQ	Ängstlichkeit	.331*	.338*	-.146*	-.003	5.28	6	.508	.000
	Vermeidung	.313*	.488*	-.018	.004	5.53	7	.595	.000
	Sicherheit	.305*	.400*	.030*	.007	8.39	6	.211	.039

\*:  $p < .05$  ( $\chi^2$ -Differenzentest); angegebene Koeffizienten entsprechen Quotienten bzgl. der Varianzen: (Varianz latente Differenzvariable) / (Varianz latente Prävariable); bzgl. der Mittelwerte: (Mittelwert latente Differenzvariable) / (Mittelwert latente Prävariable).

Im nächsten Schritt wurde geprüft, ob sich die Varianzen und Mittelwerte der latenten Differenzvariablen zwischen der Patienten- und der Vergleichsgruppe statistisch signifikant unterschieden. Hierzu wurden sukzessive entsprechend restringierte (Mittelwert bzw. Varianz zwischen den Gruppen gleich gesetzt) versus unrestringierte Modelle (mit entsprechend frei schätzbarem Parameter) anhand des  $\chi^2$ -Differenzentests geprüft. Tabelle 21 zeigt die Ergebnisse dieser Serie von Gruppenvergleichen. Die Fit-Statistiken beziehen sich jeweils auf das finale Multi-Sample-Modell, bei dem die als signifikant identifizierten Parameterunterschiede zwischen den Gruppen freigesetzt wurden. Deutlich zu erkennen ist, dass sich alle Varianzen der Post-Prä-Differenzvariablen ( $\eta_2 - \eta_1$ ) und bis auf eine Ausnahme (BinFB-Vermeidung) auch deren Mittelwerte signifikant zwischen den Gruppen unterschieden. Die bereits beim Vergleich der gruppenspezifischen Parameter erkennbaren größeren Varianzen und Mittelwerte der Post-Prä-Differenzvariablen in der Patientengruppe erwiesen sich somit als statistisch signifikant. Hinsichtlich der Katamnese-Post-Differenzen ( $\eta_3 - \eta_2$ ) ergaben sich ebenfalls signifikant größere interindividuellen Unterschiede in intraindividuellen Veränderungen in der Patientengruppe (Ausnahme: BFPE-Zuwendungsbedürfnis), wohingegen sich die durchschnittlichen Veränderungen in diesem Zeitraum nicht signifikant zwischen den Gruppen unterschieden.

**Tab. 21:** Vergleich der individuellen Veränderungen über die Zeit zwischen der Patienten- und der Vergleichsgruppe.

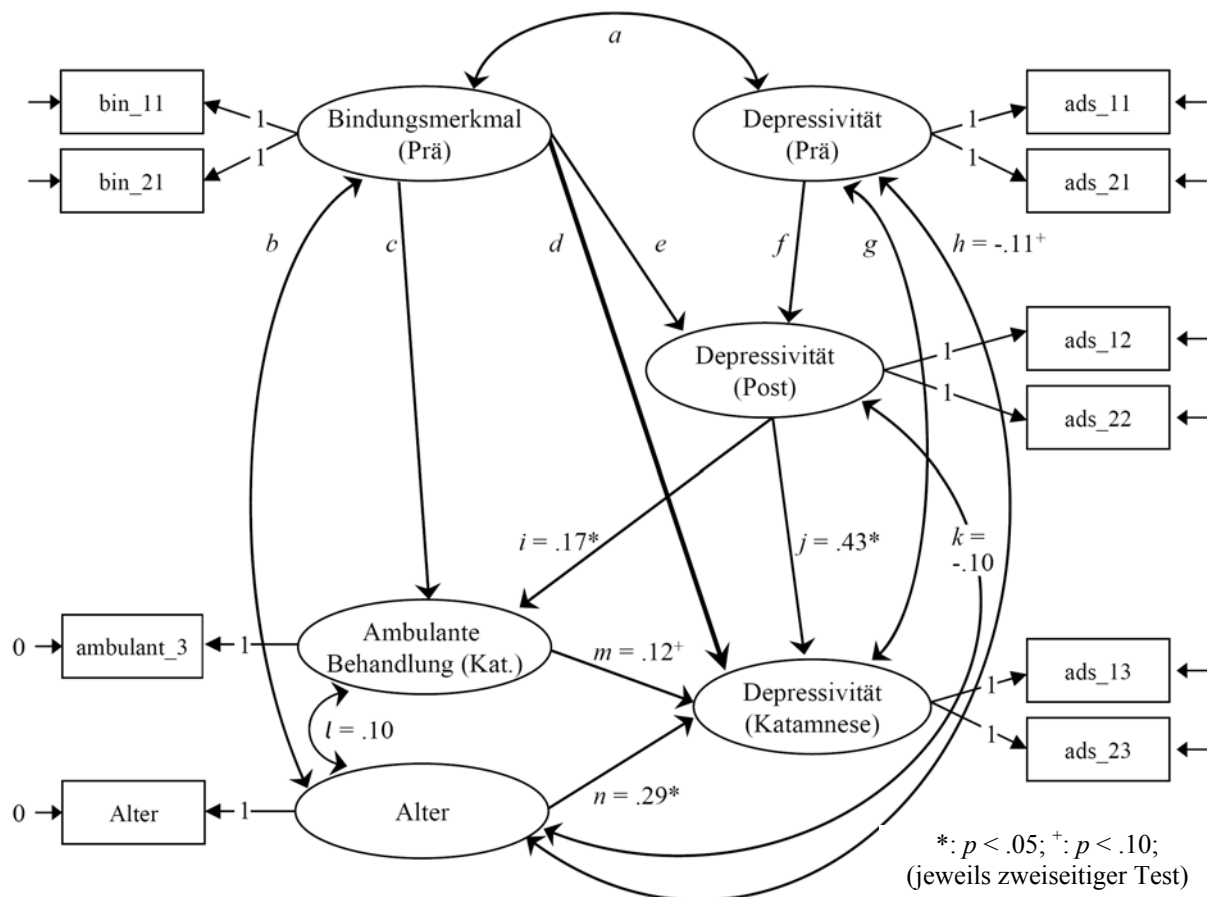
Konstrukte	Annahme: invariante Varianzen		Annahme: invariante Mittelwerte		Fit-Statistiken			
	( $\eta_2 - \eta_1$ )	( $\eta_3 - \eta_2$ )	$\alpha_{6(\eta_2 - \eta_1)}$	$\alpha_{7(\eta_3 - \eta_2)}$	$\chi^2$	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>RMSEA</i>
<i>ADS</i> <i>Depressivität</i>	–	–	–	+	14.29	17	.646	.000
<i>BFPE</i> <i>Akzeptanzprobleme</i> <i>Öffnungsbereitschaft</i> <i>Zuwendungsbedürfnis</i>	–	–	–	+	17.45	17	.424	.010
	–	–	–	+	11.19	11	.428	.008
	–	+	–	+	16.50	18	.558	.000
<i>BinFB</i> <i>Ängstlichkeit</i> <i>Vermeidung</i> <i>Sicherheit</i>	–	–	–	+	8.25	11	.691	.000
	–	–	+	+	17.40	12	.135	.042
	–	–	–	+	4.38	11	.957	.000
<i>RSQ</i> <i>Ängstlichkeit</i> <i>Vermeidung</i> <i>Sicherheit</i>	–	–	–	+	12.46	12	.410	.012
	–	–	–	+	7.81	11	.730	.000
	–	–	–	+	11.95	12	.450	.000

–: Annahme nicht erfüllt, +: Annahme erfüllt (Entscheidungskriterium jeweils  $p < .05$  im  $\chi^2$ -Differenzentest).

### 5.4.2 Prädiktion von Post-Katamnese-Depressivitätsveränderungen durch Bindungsmerkmale zu Beginn der Behandlung (Hypothese 2.1)

Die signifikant größer ausgeprägten interindividuellen Unterschiede in intraindividuellen Veränderungen bei den Patienten gegenüber der Vergleichsgruppe bilden eine gute Basis für die Veränderungsanalysen *innerhalb* der Patientengruppe und somit der Überprüfung der zentralen theoretischen Annahmen dieser Studie. Bindungssicherheit als Schutzfaktor bzw. Merkmale der Bindungsunsicherheit (Bindungsambivalenz und -vermeidung) als Risikofaktoren für den weiteren Entwicklungsverlauf depressiver Beschwerden nach einer stationären Psychotherapie wurden hierfür sowohl als Prä- und Post-State-Variablen sowie als Post-Prä-Differenzvariablen betrachtet. Neben der jeweiligen Bindungsvariable und den Depressivitäts-Postwerten wurden sukzessive weitere potentiell die Post-Katamnese-Veränderungen depressiver Beschwerden beeinflussende Merkmale auf signifikante Prädiktoreffekte hin überprüft (Alter; Geschlecht; kritische Lebensereignisse seit der Klinikentlassung; Zeitdauer seit der Klinikentlassung; in ambulanter psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung). Zeigte sich ein signifikanter Effekt, so wurde die entsprechende Variable mit im Modell belassen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Prädiktion von Post-Katamnese-Depressivitätsveränderungen durch Bindungsmerkmale als State-Variablen zur Prä-Messgelegenheit (Beginn der Behandlung) dargestellt. Anhang 9.14 zeigt die verwendete LISREL-Syntax, Abbildung 18 die zugrunde gelegte Modellstruktur. Der hypothesenrelevante Pfad ist im Pfaddiagramm fett gedruckt. Zur besseren Übersicht wurden die MEcom-modellierten Methodenfaktoren der ADS-Depressivität nicht eingefügt. Die beiden in diesen Analysen als bedeutsam ( $p < .10$ ) identifizierten Prädiktoren „Alter“ und „Ambulante Behandlung“ (Kodierung: 0 = nein; 1 = ja) sind mit in das Modell integriert. Die Zusammenhänge zwischen diesen beiden Prädiktoren und den Depressivitätsvariablen fielen sehr konsistent über die einzelnen Bindungsmerkmale hinweg aus (höchste Abweichung  $\Delta\beta = .05$ ). In Abb. 18 wurden die entsprechenden Mediane dieser Koeffizienten eingetragen ebenso wie die Mediane derjenigen Strukturkoeffizienten, deren standardisierte Werte sich als sehr stabil über die Bindungsmerkmale hinweg erwiesen und höchstens  $\pm .03$  Einheiten um den jeweiligen Median streuten. Tabelle 22 fasst die Ergebnisse für die einzelnen Bindungs-Prävariablen zusammen. In Anhang 9.15 wurden alle standardisierten Strukturkoeffizienten des Modells über die Bindungsmerkmale hinweg aufgelistet (mit Ausnahme des Methodenfaktors für Depressivität).



**Abb. 18:** Pfaddiagramm zur Analyse von Post-Katamnese-Veränderungen in depressiven Beschwerden durch Bindungsmerkmale zu Beginn der Behandlung.

Die Effekte der nur schwach interkorrelierenden ( $r = .10$ ) zusätzlichen Prädiktoren „Ambulante Behandlung“ und „Alter“ auf Depressivität zum Katamnesezeitpunkt waren insbesondere für das „Alter“ mit einer Varianzaufklärung von etwa 9 % ( $\beta = .29$ ;  $p < .05$ , zweiseitiger Test) bedeutsam. Demnach bestand in der Patientengruppe die Tendenz, mit zunehmendem Lebensalter eine schlechtere Entwicklung hinsichtlich depressiver Beschwerden nach der Entlassung aus der Klinik zu nehmen. Auch Personen, die zum Katamnesezeitpunkt eine ambulante psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung absolvierten, wiesen einen etwas schlechteren Depressivitätsstatus auf ( $\beta = .12$ ,  $p < .10$ , zweiseitiger Test). Zudem war die Wahrscheinlichkeit, eine ambulante Behandlung in Anspruch zu nehmen, mit höheren Depressivitätswerten zur Post-Messgelegenheit assoziiert ( $\beta = .17$ ,  $p < .05$ , zweiseitiger Test).

Erwartungsgemäß korrelierten die Bindungsmerkmale mit Depressivität zum Beginn der Behandlung (Tab. 22, Parameter  $a$ ). Bindungsambivalenz abbildende Variablen wiesen dabei insgesamt höhere Koeffizienten (BFPE-Akzeptanzprobleme:  $r = .51$ ; BinFB-Ängstlichkeit:  $r = .35$ ; RSQ-Ängstlichkeit:  $r = .50$ ) im Vergleich zu Bindungsvermeidung auf (invers BFPE-

Öffnungsbereitschaft:  $r = .39$ ; BinFB-Vermeidung:  $r = .26$ ; RSQ-Vermeidung:  $r = .35$ ). Zwischen Bindungssicherheit und Depressivität wurden demgegenüber im Betrag noch höhere Korrelationen gefunden (BinFB-Sicherheit:  $r = -.42$ ; RSQ-Sicherheit:  $r = -.61$ ). Weiterhin zeigten sich signifikante negative Korrelationen zwischen den Bindungsambivalenz-Variablen und dem zusätzlich aufgenommenen Prädiktor „Alter“ (vgl. Parameter *b*). Demnach war in der Patiententischprobe höheres Lebensalter mit weniger Bindungsambivalenz verbunden. Zusammenhänge mit Bindungsmerkmalen und der Wahrscheinlichkeit, zum Katamnesezeitpunkt eine ambulante psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung zu absolvieren, fanden sich dagegen nicht (Parameter *c*). Eine Prädiktion ( $p < .05$ , einseitiger Test) der Veränderung von Depressivität durch Bindungsmerkmale gelang nur vereinzelt und konsistenter für die Post-Prä-Veränderungen depressiver Beschwerden (Parameter *e*; Öffnungsbereitschaft:  $\beta = -.15$ ; BinFB-Vermeidung:  $\beta = .20$ ; BinFB-Sicherheit:  $\beta = -.14$ ; RSQ-Sicherheit:  $\beta = -.18$ ) im Vergleich zu Katamnese-Post-Veränderungen (Parameter *d*; Zuwendungsbedürfnis:  $\beta = .14$ ; BinFB-Ängstlichkeit:  $\beta = .19$ ). Die Vorzeichen der Koeffizienten fielen jeweils in erwarteter Richtung aus (sichere Bindungsanteile waren mit weniger depressiven Beschwerden assoziiert).

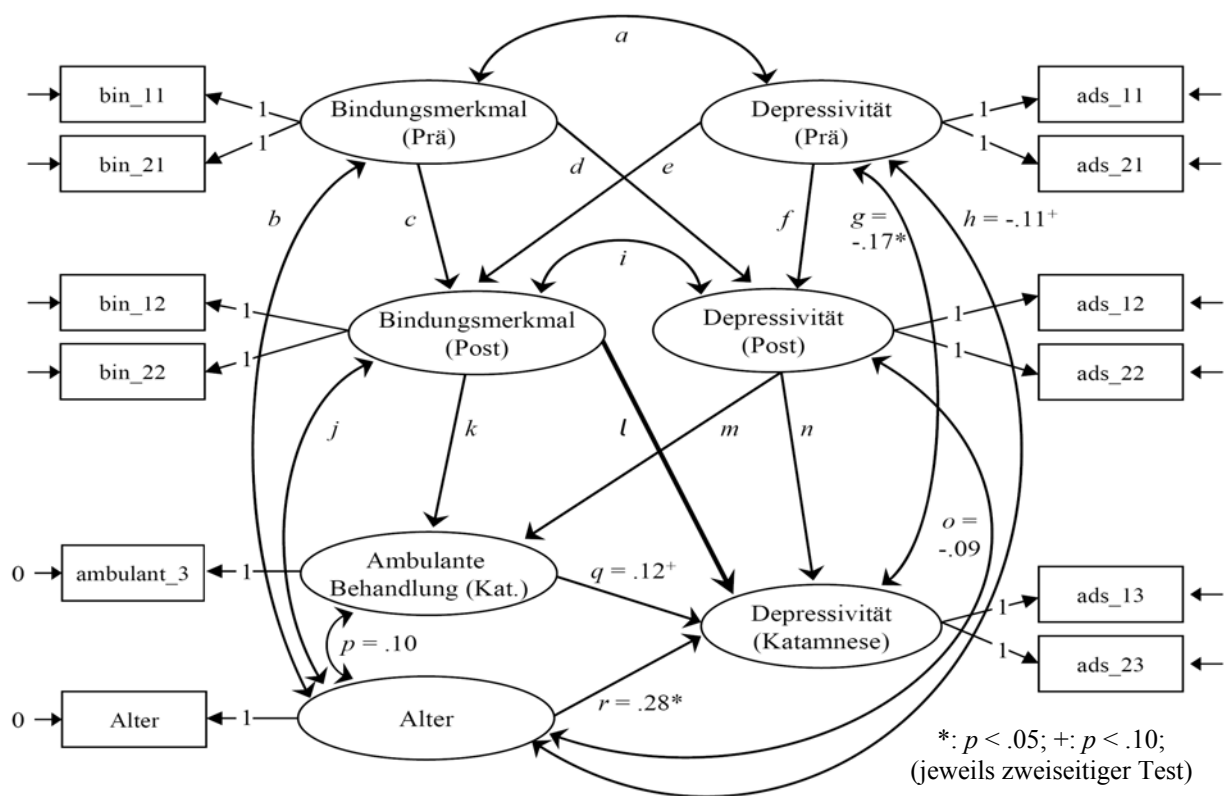
**Tab. 22:** Prädiktion von Post-Katamnese-Depressivitätsveränderungen in der Interventionsgruppe durch Bindungsmerkmale zu Beginn der Behandlung.

Präwerte (Prädiktoren)	Standardisierte Koeffizienten					Fit-Statistiken			
	<i>a</i> <i>Depr.</i> <i>(Prä)</i>	<i>e</i> <i>Depr.</i> <i>(Post)</i>	<i>d</i> <i>Depr.</i> <i>(Kat.)</i>	<i>c</i> <i>Ambu.</i> <i>Behan.</i>	<i>b</i> <i>Alter</i>	$\chi^2$	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>RMSEA</i>
<i>Akzeptanzprobleme</i>	.51*	-.02	.06	.07	-.24*	29.30	23	.171	.032
<i>BFPE Öffnungsbereitschaft</i>	-.39*	-.15 <sup>+</sup>	-.05	.02	-.01	24.28	23	.389	.014
<i>Zuwendungsbedürfnis</i>	.33*	-.03	.14 <sup>+</sup>	.11	-.05	38.90	23	.020	.051
<i>Ängstlichkeit</i>	.35*	.00	.05	.03	-.15*	27.57	23	.233	.027
<i>BinFB Vermeidung</i>	.26*	.20*	.05	.01	-.03	32.49	23	.091	.039
<i>Sicherheit</i>	-.42*	-.14 <sup>+</sup>	-.08	.01	.11 <sup>+</sup>	29.75	22	.125	.036
<i>Ängstlichkeit</i>	.50*	.09	.19*	-.02	-.27*	30.25	23	.142	.034
<i>RSQ Vermeidung</i>	.35*	.09	-.01	.01	.02	31.53	22	.086	.040
<i>Sicherheit</i>	-.61*	-.18 <sup>+</sup>	-.12	-.05	.16*	28.64	22	.161	.033

\*:  $p < .05$ , <sup>+</sup>:  $p < .10$  (jeweils zweiseitiger Test); Ambu. Behan.: in ambulanter psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung zum Zeitpunkt der Katamnese (Kodierung: 0 = nein; 1 = ja); Bedeutung der alphanumerischen Koeffizientenbezeichnungen siehe Abb. 18.

### 5.4.3 Prädiktion von Post-Katamnese-Depressivitätsveränderungen durch Bindungsmerkmale am Ende der Behandlung (Hypothese 2.2)

Die Modellstruktur der Analysen zur Prädiktion von Post-Katamnese-Veränderungen in depressiven Beschwerden durch Bindungsmerkmale zur Post-Messgelegenheit ist in Abbildung 19 dargestellt. Der hypothesenrelevante Pfad ist wiederum fett gedruckt. Die Strukturpfade der Prävariablen (Bindungsmerkmal und Depressivität zu Beginn der Behandlung) wurden jeweils nur zu den zur Post-Messgelegenheit erhobenen Merkmalen freigesetzt – einerseits um Multikollinearitätsprobleme zu vermeiden, andererseits schien es auch inhaltlich unplausibel, dass Präwerte über die entsprechend modellierten Postwerte hinaus einen Beitrag zur Varianzaufklärung von Variablen, die zum Katamnesezeitpunkt erhoben wurden, leisten könnten. Die Spezifikation der Messmodelle wurde entsprechend der Messmodelle in Tab. 12 vorgenommen. Die Methodenfaktoren wurden wiederum nicht dargestellt. Die Mediane der über die Bindungsmerkmale hinweg sehr konstant geschätzten Strukturkoeffizienten (maximal  $\pm .03$  standardisierte Einheiten Abweichung vom Median des entsprechenden Koeffizienten) wurden wieder in die Abbildung eingetragen. Tabelle 23 fasst die Ergebnisse für die Bindungs-Post-State-Variablen zusammen. In Anhang 9.16 wurde die verwendete LISREL-Syntax eingetragen, in Anhang 9.17 alle Strukturkoeffizienten der standardisierten Lösung.



**Abb. 19:** Pfaddiagramm zur Analyse von Post-Katamnese-Veränderungen in depressiven Beschwerden durch Bindungsmerkmale am Ende der Behandlung.



Wie aus Tabelle 23 zu entnehmen, erwies sich lediglich das BFPE-Zuwendungsbedürfnis zur Post-Messgelegenheit als signifikanter Prädiktor für die Aufklärung nachfolgend aufgetretener Post-Katamnese-Veränderungen ( $\beta = .25$ ;  $p < .05$ ). Der positive  $\beta$ -Koeffizient indiziert hierbei, dass höhere Werte im BFPE-Zuwendungsbedürfnis am Ende der Behandlung mit höheren Depressivitätswerten (als aufgrund der Depressivitäts-Postwerte zu erwarten) zum Katamnesezeitpunkt assoziiert waren. Statistisch signifikante Zusammenhänge ( $p < .05$ , zweiseitiger Test) zwischen Bindungsmerkmalen zur Post-Messgelegenheit und den beiden bedeutsamen Prädiktoren „Ambulante Behandlung“ und „Alter“ ergaben sich nicht.

**Tab. 23:** Prädiktion von Post-Katamnese-Depressivitätsveränderungen in der Interventionsgruppe durch Bindungsmerkmale am Ende der Behandlung.

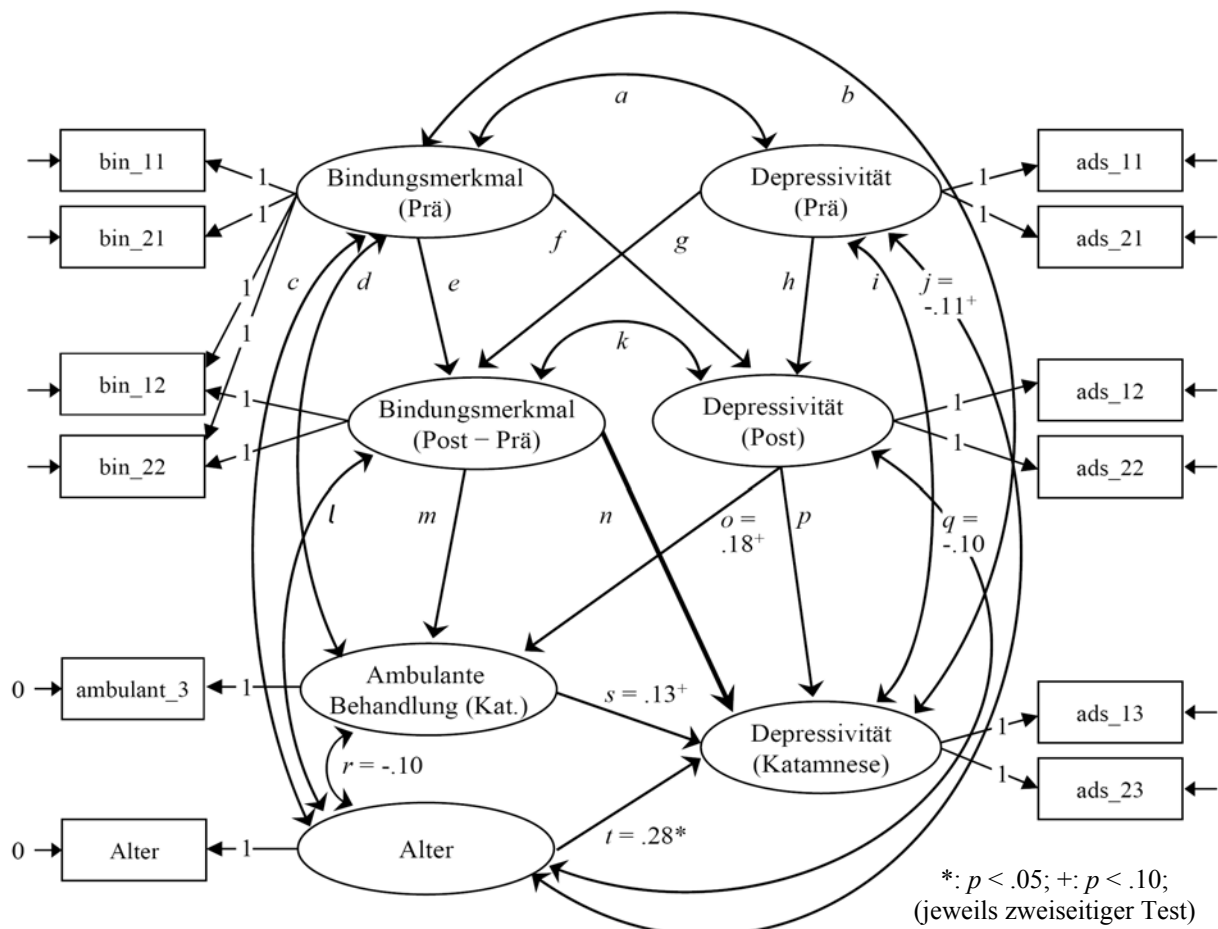
Postwerte (Prädiktoren)		Standardisierte Koeffizienten			Fit-Statistiken			
		<i>l</i> Depress. (Katam.)	<i>k</i> Ambu. Behan.	<i>j</i> Alter	$\chi^2$	<i>df</i>	<i>p</i>	RMSEA
BFPE	Akzeptanzprobleme	.15	.05	-.04	23.33	32	.868	.000
	Öffnungsbereitschaft <sup>a</sup>	-.09	-.08	.04	27.08	30	.619	.000
	Zuwendungsbedürfnis	.25*	.06	.00	37.77	32	.222	.026
BinFB	Ängstlichkeit	.04	.01	.01	30.36	32	.550	.000
	Vermeidung	-.04	.06	-.07	44.35	32	.072	.038
	Sicherheit	-.01	-.04	.03	38.80	32	.190	.028
RSQ	Ängstlichkeit	.09	-.03	.04	37.12	32	.174	.030
	Vermeidung	-.04	.10	-.12 <sup>+</sup>	41.81	32	.115	.034
	Sicherheit <sup>a</sup>	-.05	-.09	.05	37.94	30	.151	.032

\*:  $p < .05$ , <sup>+</sup>:  $p < .10$  (jeweils zweiseitiger Test); <sup>a</sup>: Modell mit freigesetzten Korrelationen zwischen Methodenfaktor und latenten Bindungsvariablen; Ambu. Behan.: in ambulanter psychotherapeutischer/psychiatrischer Behandlung zum Zeitpunkt der Katamnese (Kodierung: 0 = nein; 1 = ja); Bedeutung der alphanumerischen Koeffizientenbezeichnungen siehe Abb. 19.

#### 5.4.4 Prädiktion von Post-Katamnese-Depressivitätsveränderungen durch Prä-Post-Veränderungen in Bindungsmerkmalen

Zur Analyse von Veränderungen in depressiven Beschwerden vom Ende der Behandlung zur Katamnese-Messgelegenheit hin durch zeitlich vorgeordnete Prä-Post-Veränderungen in Bindungsmerkmalen wurden die gleichen Mess- und Strukturmodelle wie in den soeben in Abschnitt 5.4.3 dargestellten Analysen verwendet mit nur drei Ausnahmen: (a) zur Post-

Messgelegenheit wurde jedes Bindungsmerkmal statt als latente State-Variable als latente Differenzvariable im Messmodell modelliert; (b) die Kovarianz zwischen der jeweiligen State-Variablen des Bindungsmerkmals zur Prä-Messgelegenheit und der Variablen „Ambulante Behandlung“ sowie (c) „Depressivität (zur Katamnese)“ wurden im Modell als frei schätzbar spezifiziert (vgl. Abbildung 20). Anhang 9.18 zeigt die Struktur der verwendeten LISREL-Syntax, in Anhang 9.19 wurden alle Strukturkoeffizienten der standardisierten Lösung aufgelistet.



**Abb. 20:** Pfaddiagramm zur Analyse von Post-Katamnese-Veränderungen in depressiven Beschwerden durch Prä-Post-Veränderungen in Bindungsmerkmalen.

In Tabelle 24 sind die Koeffizienten der hypothesenrelevanten Post-Prä-Differenzvariablen der Bindungsmerkmale eingetragen. Wiederum fanden sich nur vereinzelt signifikante Prädiktoreffekte. Höhere Post-Prä-Differenzen in BFPE-Zuwendungsbedürfnis waren mit höheren Depressivitätswerten zur Katamnese assoziiert ( $\beta = .26$ ;  $p < .05$ ; vgl. Parameter  $n$ ). Umgekehrt waren höhere Post-Prä-Differenzen in BinFB-Vermeidung mit weniger depressiven Beschwerden zum Katamnesezeitpunkt verbunden ( $\beta = -.19$ ;  $p < .05$ ). Gleichzeitig zeigten ältere Patienten die Tendenz, eher vermeidende Bindungsanteile zu reduzieren (Parameter  $t$ ; BinFB-Vermeidung:

$\beta = -.12$ ;  $p < .10$ ; RSQ-Vermeidung:  $\beta = -.16$ ;  $p < .05$ ). Entsprechend konnte das prädiktive Potential von Prä-Post-Veränderungen in Bindungsvermeidung partiell durch das Lebensalter erklärt werden (für Modelle ohne Einbezug von „Alter“ als zusätzlichen Prädiktor wurden entsprechend etwas höhere  $\beta$ -Koeffizienten von Depressivität-Katamnese auf Post-Prä-Bindungsvermeidung berechnet: BinFB-Vermeidung:  $\beta = -.22$ ,  $p < .05$ ; RSQ-Vermeidung:  $\beta = -.11$ ;  $p > .10$ ; vgl. im Kontrast dazu in Tab. 24 die entsprechenden Parameter  $n$ ).

**Tab. 24:** Prädiktion von Post-Katamnese-Depressivitätsveränderungen in der Patientengruppe durch Prä-Post-Veränderungen in Bindungsmerkmalen.

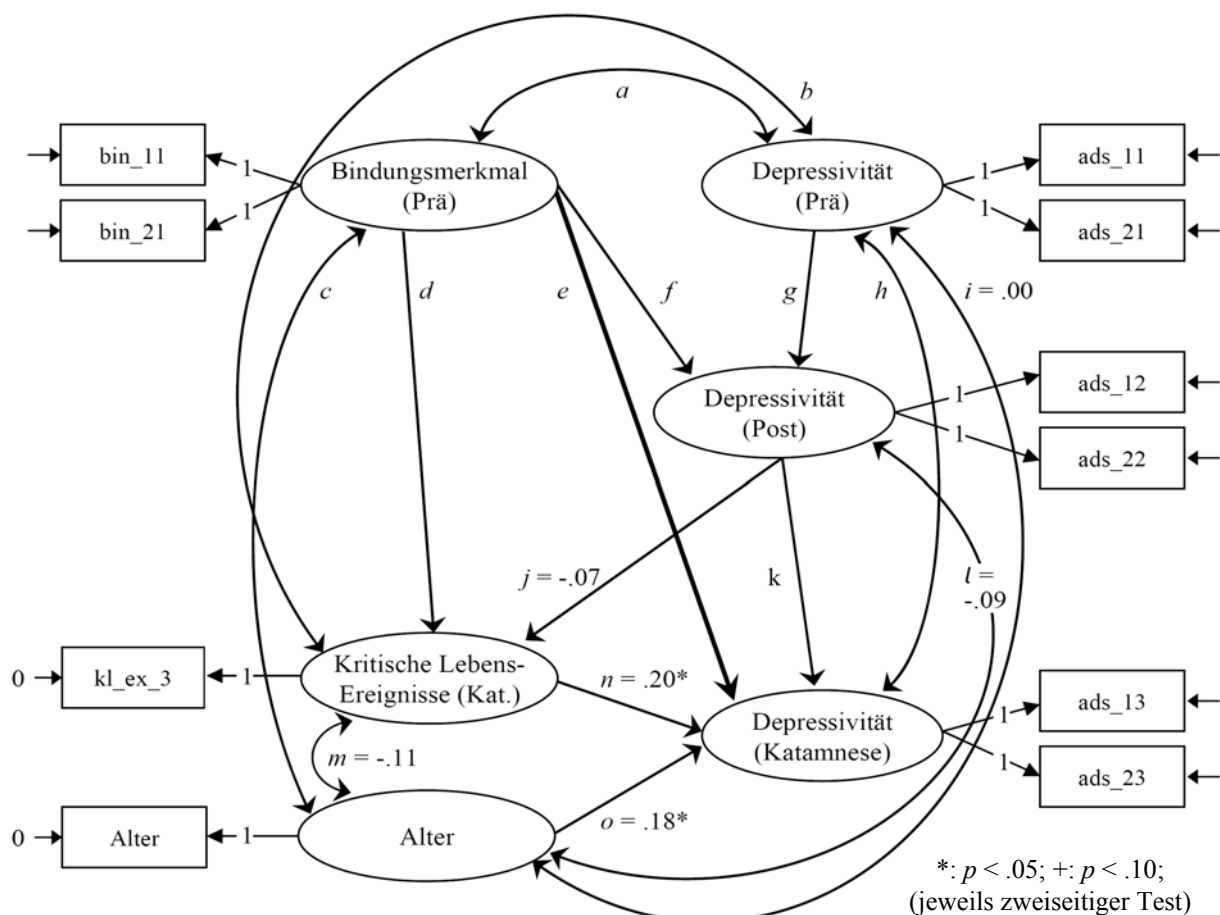
Post-Prä-Differenzwerte (Prädiktoren)		Standardisierte Koeffizienten			Fit-Statistiken			
		<i>n</i> <i>Depress.</i> <i>(Katam.)</i>	<i>m</i> <i>Ambu.</i> <i>Behan.</i>	<i>l</i> <i>Alter</i>	$\chi^2$	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>RMSEA</i>
<i>BFPE</i>	<i>Akzeptanzprobleme</i>	.15	-.06	-.05	23.33	30	.802	.000
	<i>Öffnungsbereitschaft<sup>a</sup></i>	-.06	-.10	.05	26.84	28	.527	.000
	<i>Zuwendungsbedürfnis</i>	.26*	-.03	-.01	37.43	30	.165	.031
<i>BinFB</i>	<i>Ängstlichkeit</i>	.01	-.07	.01	30.01	30	.465	.001
	<i>Vermeidung</i>	-.19*	.11	-.12 <sup>+</sup>	40.25	30	.100	.036
	<i>Sicherheit</i>	.08	.01	.03	37.72	30	.157	.031
<i>RSQ</i>	<i>Ängstlichkeit</i>	-.07	-.02	.05	38.53	30	.137	.033
	<i>Vermeidung</i>	.00	-.04	-.16*	41.85	30	.074	.039
	<i>Sicherheit<sup>a</sup></i>	.10	.01	.06	36.75	28	.125	.034

\*:  $p < .05$ , <sup>+</sup>:  $p < .10$  (jeweils zweiseitiger Test); <sup>a</sup>: Modell mit freigesetzten Korrelationen zwischen Methodenfaktor und latenten Bindungsvariablen; Ambu. W.: Ambu. Behan.: in ambulanter psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung zum Zeitpunkt der Katamnese (Kodierung: 0 = nein; 1 = ja); Bedeutung der alphanumerischen Koeffizientenbezeichnungen siehe Abb. 20.

#### 5.4.5 Prädiktion von Depressivitätsveränderungen in der Vergleichsgruppe durch zeitlich vorgeordnete Bindungsmerkmale

Um die Ergebnislage bei den Patienten in Bezug auf die Prädiktion depressiver Beschwerden durch Bindungsmerkmale besser beurteilen zu können, wurde ein angepasstes Modell zur Aufklärung von Post-Katamnese-Depressivitätsveränderungen durch Bindungsmerkmale zum Beginn der Behandlung auch für die Vergleichsgruppe analysiert. Dieses Modell inklusive der über die Bindungsmerkmale hinweg stabil geschätzten Parameter (maximal  $\pm .03$  standardisierte Einheiten Abweichung vom Median des entsprechenden Koeffizienten) ist in Abbildung 21 darge-

stellt. Es entspricht dem Prä-Bindungsmerkmal-Prädiktormodell für die Patientengruppe aus Abschnitt 5.4.2 (vgl. Abb. 18) mit der Ausnahme, dass die Variable „Ambulante Behandlung“ aus dem Modell entfernt wurde (lediglich fünf Probanden in der Vergleichsgruppe absolvierten zum Katamnesezeitpunkt eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung) und stattdessen die Variable „Kritische Lebensereignisse“, die sich in der Vergleichsgruppe als zusätzlicher signifikanter Prädiktor erwies, mit in das Modell aufgenommen wurde. Die freigesetzte Kovarianz zwischen Prä-Depressivität und kritischen Lebensereignissen (Parameter  $b$ ) brachte zumeist eine signifikante Verbesserung der Modellpassung. Die weiteren potentiellen Prädiktoren (Geschlecht; Zeitdauer bis zur Katamnese) erwiesen sich wie in der Patientengruppe als unbedeutend ( $p > .10$ ). Die Ergebnisse für die Bindungsmerkmale sind in Tabelle 25 zusammengefasst. In Anhang 9.20 wurden die Strukturkoeffizienten der standardisierten Lösung eingetragen.



**Abb. 21:** Pfaddiagramm zur Analyse von Veränderungen in depressiven Beschwerden in der Vergleichsgruppe durch zeitlich vorgeordnete Bindungsmerkmale.

Wie aus Abb. 21 zu entnehmen, erwies sich wie bei den Patienten auch in der Vergleichsgruppe das Lebensalter als signifikanter Prädiktor für die Depressivität zur Katamnese (Median  $\beta = .18$ ;  $p < .05$ ; vgl. Parameter  $o$ ). Darüber hinaus leistete der gewichtete Summenwert der kritischen

Lebensereignisse einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung der depressiven Beschwerden zum Katamnesezeitpunkt (Median  $\beta = .20$ ;  $p < .05$ ; vgl. Parameter  $n$ ). Aus Tabelle 25 geht hervor, dass Bindungsmerkmale zur Prä-Messgelegenheit generell bedeutende Prädiktoren ( $p < .05$ ; einseitiger Test) für Depressivität zur Katamneseerhebung waren (Parameter  $e$ ). Dabei erwiesen sich die mit Bindungsambivalenz assoziierten Variablen gegenüber den bindungsvermeidenden als deutlich aufklärungsstärker. Weiterhin kann aus Tab. 25 entnommen werden, dass Bindungsambivalenz und Bindungssicherheit zur Prä-Messgelegenheit Prädiktoren für den Summenwert kritischer Lebensereignisse waren (Parameter  $d$ ). Demnach eigneten sich zeitlich vorgeordnete Bindungsmerkmale und hier insbesondere Bindungsambivalenz in der Vergleichsgruppe sehr gut dazu, längerfristige Veränderungen in depressiven Beschwerden aufzuklären, wobei ein Teil des Vorhersagepotentials über kritische Lebensereignisse vermittelt wurde. Weiterhin auffallend war, dass die Korrelationen zwischen Bindungsmerkmalen und depressiven Beschwerden zur Prä-Messgelegenheit in der Vergleichsgruppe im Betrag durchgängig größer ausfielen als bei den Patienten (vgl. Tab. 22). Dies galt insbesondere für mit Bindungsambivalenz assoziierte Konstrukte (z. B. BFPE-Akzeptanzprobleme in der Vergleichsgruppe:  $r = .74$ , bei Patienten:  $r = .51$ ).

**Tab. 25:** Prädiktion von Post-Katamnese-Depressivitätsveränderungen in der Vergleichsgruppe durch Bindungsmerkmale zu Beginn der Behandlung.

Präwerte (Prädiktoren)		Standardisierte Koeffizienten					Fit-Statistiken			
		$a$ <i>Depr.</i> <i>(Prä)</i>	$f$ <i>Depr.</i> <i>(Post)</i>	$e$ <i>Depr.</i> <i>(Kat.)</i>	$d$ <i>KL</i>	$c$ <i>Alter</i>	$\chi^2$	$df$	$p$	$RMSEA$
<i>BFPE</i>	<i>Akzeptanzprobleme</i>	.74*	.08	.23*	.44*	-.07	30.91	22	.098	.039
	<i>Öffnungsbereitschaft</i>	-.46*	.01	-.16*	-.20*	-.08	31.17	22	.093	.040
	<i>Zuwendungsbedürfnis</i>	.37*	.09	.13 <sup>+</sup>	.25*	-.03	24.24	22	.335	.020
<i>BinFB</i>	<i>Ängstlichkeit</i>	.66*	.19*	.26*	.39*	.00	26.37	22	.236	.028
	<i>Vermeidung</i>	.47*	-.03	.14 <sup>+</sup>	.12	.03	29.41	22	.135	.036
	<i>Sicherheit</i>	-.69*	-.11	-.24*	-.31*	-.02	30.67	22	.103	.039
<i>RSQ</i>	<i>Ängstlichkeit</i>	.69*	.22*	.35*	.43*	-.11	29.45	22	.127	.037
	<i>Vermeidung</i>	.33*	.01	.12 <sup>+</sup>	-.02	.17*	30.04	22	.118	.037
	<i>Sicherheit</i>	-.64*	-.16*	-.30*	-.29*	.00	18.39	22	.683	.000

\*:  $p < .05$ , <sup>+</sup>:  $p < .10$  (jeweils zweiseitiger Test); Bedeutung der alphanumerischen Koeffizientenbezeichnungen siehe Abb. 21.

## 6 Diskussion

Depressive Störungen sind mit bedeutenden individuellen Einbußen an Lebensqualität und Leistungsfähigkeit verbunden. Vor dem Hintergrund der hohen und anwachsenden Prävalenzen depressiver Erkrankungen in Deutschland (sowie in anderen westlich-industrialisierten Staaten), die mit beträchtlichen volkswirtschaftlichen Kosten verbunden sind, kommt der wissenschaftlichen Erforschung der Entwicklung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen eine hohe Relevanz zu. Dies gilt mit Nachdruck angesichts der langfristig eher geringen Effektivität psychotherapeutischer und mehr noch pharmakologischer Depressionsbehandlungen. Die vorliegende Untersuchung intendierte einen Beitrag zum Verständnis der Ätiopathogenese depressiver Beschwerden sowie zur Optimierung psychotherapeutischer Depressionsbehandlung zu leisten.

Empirisch bewährte psychologische Depressionstheorien wie die Kognitive Theorie nach A.T. Beck, die Theorie gelernter Hilflosigkeit/Hoffnungslosigkeit nach M.E.P. Seligman und L.Y. Abramson oder das Verstärkerdefizit-Modell von P.M. Lewinsohn weisen in wesentlichen Punkten Überschneidungen auf (z. B. eine bis in die Kindheit zurückreichende Entwicklungsperspektive sowie Betonungen eines labilen bzw. geringen Selbstwertes, der Relevanz einer eingeschränkten Fähigkeit, bedrohliche Situationen konstruktiv betrachten und lösen zu können und eines Defizits bei der Initiierung und Aufrechterhaltung positiver naher Beziehungen) und sind untereinander grundsätzlich kompatibel, was bereits von ihren Begründern wahrgenommen wurde. Sie entstammen aber unterschiedlichen Forschungstraditionen und wurden bislang nicht auf eine gemeinsame entwicklungspsychopathologische Basis gestellt. In der vorliegenden Arbeit wurde die Bindungstheorie mit ihren explizit entwicklungspsychopathologischen Implikationen als solch eine mögliche integrative Basis betrachtet. Entsprechend wurde auf depressive Störungen eine bindungstheoretische Perspektive gelegt.

Die Bindungstheorie konzeptualisiert das individuelle Verhalten und Erleben in nahen Beziehungen und damit in Verbindung stehend den Umgang mit bedrohlichen Situationen von der Kindheit bis ins hohe Alter unter Bezugnahme auf eine Typologie, die aus der Beobachtung an Kleinkindern im so genannten Fremde-Situations-Test (Ainsworth & Wittig, 1969) abgeleitet wurde. Nach dieser Typologie werden Menschen dadurch charakterisiert, ob ihr Bedürfnis nach Nähe/sozialer Geborgenheit flexibel situationsangepasst (sichere Bindung), hypervalent (unsicher-ambivalente Bindung) oder gegenüber dem Bedürfnis nach Exploration und Autonomie deutlich zurücksteht (unsicher-vermeidende Bindung). Sicher gebundene Erwachsene erleben in nahen Beziehungen überwiegend positive Gefühle, reagieren in diesen Beziehungen in der Regel situationsangemessen und können sich in bedrohlichen Situationen

in adäquater Art und Weise an nahestehende Personen wenden, um Hilfe und Unterstützung zu erhalten. Sie haben ein insgesamt positives Bild von sich selbst und von den ihnen nahestehenden Menschen. Ambivalente Personen tendieren zu Abhängigkeit in nahen Beziehungen, fürchten sich davor, abgelehnt oder verlassen zu werden und neigen in bedrohlichen Situationen dazu, eigene Bewältigungsmöglichkeiten zu unterschätzen. Ihr Selbstwertgefühl ist instabil und von der Zuneigung anderer, insbesondere der ihnen nahe stehenden Menschen abhängig. Bindungsvermeidende Personen fühlen sich tendenziell unwohl in nahen Beziehungen. Sie schätzen es, für sich selbst sein zu können und versuchen, mit bedrohlichen Situationen und belastenden Gefühlen alleine fertig zu werden. Das Selbstwertgefühl vermeidender Personen ist von ihrem Kompetenz- und Autonomieerleben abhängig. Andere Menschen werden als wenig vertrauenswürdig eingeschätzt.

Während im Bereich der Kleinkindforschung und in der entwicklungspsychologischen Fremdeinschätzungstradition der Erwachsenenbindungsforschung dieser kategoriale Prototypenansatz vorherrscht, hat sich in der sozial- und persönlichkeitspsychologischen Selbsteinschätzungstradition der Erwachsenenbindungsforschung eine dimensionale Betrachtungsweise des Bindungskonstruktes etabliert. Zwar wurden unter den Selbstbeschreibungsinstrumenten unterschiedliche dimensionale Modelle verwendet, neuere faktorenanalytische Studien postulierten allerdings übereinstimmend eine zweidimensionale Struktur mit den orthogonalen Dimensionen Bindungsambivalenz (Angst vor Ablehnung/Verlassenwerden durch nahe stehende Personen) und Bindungsvermeidung (Unbehagen in nahen Beziehungen). Demnach können Personen mehr oder weniger bindungsambivalente und -vermeidende Anteile aufweisen, und Bindungssicherheit ist als Kombination geringer Bindungsambivalenz und Bindungsvermeidung konzipierbar. Diese dimensionale Perspektive wurde in der vorliegenden Arbeit geteilt.

Zahlreiche Studien ergaben, dass Bindungsambivalenz und etwas weniger deutlich auch Bindungsvermeidung empirisch sowohl mit Depressivität als auch mit zentralen Konstrukten der oben genannten Depressionstheorien wie dem Selbstwertgefühl, dysfunktionalen Kognitionen, eingeschränkten Affekt- und Stressregulationsfähigkeiten sowie Defiziten in sozialen Kompetenzen assoziiert sind. Dies gilt nicht nur für querschnittliche Zusammenhänge, sondern konnte auch durch prospektive Studien belegt werden. Allerdings erwiesen sich Bindungsmerkmale in Längsschnittstudien als weniger stabil, als von vielen Bindungstheoretikern angenommen, so dass eine bindungstheoretisch fundierte entwicklungspsychopathologische Perspektive auf depressive Störungen sich nicht auf das Bindungsmuster in der Kindheit beschränken kann, sondern die Entwicklung des Bindungsmusters bis in das Erwachsenenal-

ter hinein beachten muss.

In der vorliegenden Untersuchung wurde davon ausgegangen, dass unsichere Bindungsmerkmale (Bindungsambivalenz, Bindungsvermeidung, geringe Bindungssicherheit) Risikofaktoren für die Entwicklung depressiver Symptome darstellen und eine Veränderung von Bindungsmerkmalen in Richtung Zugewinn an sicheren Anteilen ein zielführender Fokus bei der Behandlung depressiver Störungen sein könnte. Entsprechend standen folgende Fragestellungen im Zentrum dieser Studie: (1) Verändern sich Bindungsmerkmale infolge stationärer Psychotherapie in Richtung Zuwachs an sicheren Anteilen und bleiben solche Bindungssicherheitszugewinne längerfristig stabil? (2) Können durch am Ende des stationären Aufenthaltes erhobene Bindungsmerkmale zeitlich nachgeordnete Veränderungen in depressiven Beschwerden zum Katamnesezeitpunkt hin prädiziert werden, derart dass unsichere Bindungsanteile mit höherer und sichere Bindungsanteile mit niedrigerer Depressivität verbunden sind?

Hinsichtlich Fragestellung (2) wurden Bindungsmerkmale sowohl als State-Variablen zur Post-Messgelegenheit analysiert als auch als Post-Prä-Differenzvariablen. Durch diese zweifache Analysestruktur sollte sowohl ein „statisches“ Kausalitätsverständnis (Ursache A übt kontinuierlich einen Einfluss auf Wirkung B aus) als auch ein „dynamisches“ (Veränderungen in Ursache A führen zu Veränderungen in Wirkung B) berücksichtigt werden: Einerseits könnte das individuelle Bindungsmuster als poststationäre Statusvariable einen gleich bleibenden Einfluss auf die weitere Entwicklung depressiver Beschwerden entfalten; andererseits könnte gerade der psychotherapeutische Zugewinn an bindungssicheren Anteilen eine wichtige Rolle in einem komplexen, multipel determinierten Prozess spielen, wenn die Patienten nach dem stationären Aufenthalt wieder in ihr gewohntes häusliches Umfeld zurückkehren.<sup>28</sup>

Zur Untersuchung der Fragestellungen wurden Zusammenhänge zwischen Bindungsmerkmalen und Depressivität über drei Messgelegenheiten hinweg untersucht. Dabei wurden in einer multizentrischen Erhebung, an der sich fünf psychotherapeutische Einrichtungen beteiligten, Daten anhand einer Fragebogenbatterie an einer klinischen Stichprobe bestehend aus stationären Gruppenpsychotherapiepatienten mit unterschiedlichen Diagnosen zum Beginn, zum Ende und ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt gewonnen (N = 265). Zeitlich parallel wurde eine unbehandelte Vergleichsgruppe befragt, die sich aus Medizin- und Psycholo-

---

<sup>28</sup> Kausalitätsvorstellungen (Annahmen über die Struktur von Ursache-Wirkungsbeziehungen) waren im Verlauf der Menschheitsgeschichte Wandlungen unterworfen und werden auch derzeit in der Erkenntnistheorie kontrovers diskutiert. Ein „statisches“ (oder immanentes) Kausalitätsverständnis findet sich bereits bei den frühen griechischen Naturphilosophen wie Thales und Anaximander (vgl. von Brandenstein, 1973). Ein „dynamisches“ Kausalitätskonzept wurde m. W. erstmals Mitte des 19. Jahrhunderts von John Stuart Mill vertreten, der die Sicherheit eines Kausalschlusses davon abhängig machte, inwiefern willkürlich herbeigeführte Variationen in vermeintlich verursachenden Faktoren zu Variationen in der Wirkungsvariable führen und alternative Erklärungen für die Wirkvariablenvariation ausgeschlossen werden können (vgl. Cook & Campbell, 1979).



giestudenten sowie Hausarztpraxispatienten zusammen setzte ( $N = 260$ ). Bei den Datenanalysen wurde besonderer Wert auf eine reliable Abbildung von Veränderungswerten und auf den Einbezug konfundierter Variablen gelegt. Entsprechend wurden die Hypothesenprüfungen mit Strukturgleichungsmodellen (*LISREL* 8.72) bzw. einem verallgemeinerten kovarianzanalytischen Analyseprozedere, bei dem die Bildung latenter Variablen möglich ist und Behandlungsgruppen-Kovariaten-Interaktionen modelliert werden, durchgeführt (*EffectLite* 3.1.2).

### ***Diskussion der Ergebnisse***

Die empirische Ergebnislage der Studie lässt sich gut mit den Hypothesen 1.1 und 1.3 (Veränderung von Bindungsmerkmalen durch gruppenpsychotherapeutische Intervention in Richtung Zugewinn an bindungssicheren Anteilen) vereinbaren. Die Analysen zu durchschnittlichen Prä-Post- als auch Prä-Katamnese-Behandlungseffekten in der Patientengruppe erbrachten fast durchgängig über alle analysierten Bindungsmerkmale hinweg signifikante Zuwächse an sicheren Anteilen im Bindungsmuster (vgl. Tab. 16 und Tab. 18). Dabei zeigten sich allerdings Unterschiede zwischen den verwendeten Instrumenten sowie den Bindungsmerkmalen: Die Effekte der BFPE-Variablen waren am stärksten ausgeprägt und lagen im mittleren Effektgrößebereich ( $ES = .30$  bis  $ES = .50$ ), wohingegen die Effektstärken der BinFB- und RSQ-Skalen (insbesondere in Bezug auf Prä-Post-Veränderungen) durchgängig niedriger und für Bindungsvermeidung am geringsten ausfielen. Die Unterschiede in diesen durchschnittlichen Effekten korrespondierten dabei nur wenig mit den Stabilitätskoeffizienten der latenten Variablen (Korrelation eines Konstruktes zwischen zwei Messgelegenheiten in der Vergleichsgruppe, vgl. Tab. 14), so dass eine Erklärung der Unterschiede in den durchschnittlichen Effekten durch geringere Trait-Anteile in den BFPE-Variablen auszuschließen ist. Ein Vergleich der Verhältnisse zwischen Mittelwerten und Standardabweichungen für die einzelnen Variablen (Tab. 11) deutet auch nicht auf systematische Unterschiede in Boden- bzw. Deckeneffekten als Ursache für die gefundenen Unterschiede hin. Somit erscheint es am plausibelsten, dass die BFPE-Skalen vergleichsweise änderungssensitiv sind und Bindungsvermeidung im Rahmen der durchgeführten stationären Gruppenpsychotherapien im Vergleich zu Bindungsambivalenz änderungsresistenter ist.

Die fast durchgängig signifikanten Präwerte-Treatment-Interaktionseffekte bei den Prä-Post- bzw. Prä-Katamnese-Analysen (Tab. 15 bzw. Tab. 18) zeigten, dass Zugewinne an bindungssicheren Anteilen in besonderer Weise von stark bindungsunsicheren Patient(inn)en erzielt wurden und eröffnen eine optimistische Perspektive: Gerade bei Personengruppen mit sehr hoher Bindungsambivalenz bzw. Bindungsunsicherheit dürfen hohe Zugewinne an bin-

derungssicheren Anteilen durch stationäre Gruppenpsychotherapie erwartet werden.

Weiterhin mit der empirischen Ergebnislage gut vereinbar erwies sich Hypothese 1.2 (längerfristige Stabilität erzielter Zugewinne an sicheren Bindungsanteilen nach der Entlassung aus der Klinik): Bis auf eine Ausnahme (RSQ-Vermeidung) traten im Zeitraum nach der Therapie bis zur 1-Jahres-Katamnese keine signifikanten durchschnittlichen Verschlechterungen in Bindungsmerkmalen (Veränderungen in Richtung unsichere Bindungsanteile) bei der Patientengruppe gegenüber der Vergleichsgruppe auf (vgl. Tab. 17). Die im Rahmen der stationären Psychotherapie erzielten Zugewinne an sicheren Bindungsanteilen blieben somit nach der Entlassung aus der Klinik bis zur Katamnese-Messgelegenheit bemerkenswert stabil.

Zusammengefasst belegt die Ergebnislage die Annahme, dass durch stationäre Gruppenpsychotherapie Bindungsmuster von Patienten in Richtung Zugewinn an bindungssicheren Anteilen verändert werden können und dass diese Veränderungen längerfristig stabil bleiben. Dies zeigte sich auch auf deskriptiv-kategorialer Ebene in den prozentualen Anteilen der klassischen BFPE-Bindungstypen über die Messgelegenheiten hinweg (vgl. Tab. 26). Somit repliziert die vorliegende Studie die Ergebnisse einiger klinischer Untersuchungen mit kleinen Fallzahlen, umschriebenen Diagnosegruppen und kategorialen Auswertungen zu Prä-Post-Zuwächsen an sicheren Bindungsanteilen (Diamond, Stuvall-McClough, Clarkin und Levy, 2003; Fonagy et al., 1996; Lawson, Barnes, Madkins & Francis-Lamonte, 2006; Travis, Binder, Bliwise und Horne-Moyer, 2001; Details siehe Abschnitt 2.2.3), geht aber über diese Studien hinaus, indem eine ungleich breitere Datenbasis verwendet wurde, Zugewinne in bindungssicheren Anteilen gegenüber einer unbehandelten Vergleichsgruppe analysiert und belegt werden konnten und zudem eine längerfristige Stabilität dieser Zugewinne im Rahmen einer 1-Jahres-Katamnese betrachtet und nachgewiesen wurde.

**Tab. 26:** Prozentuale Verteilung der mit dem BFPE ermittelten klassischen Bindungskategorien über die Messgelegenheiten hinweg.

Stichprobe	Messgelegenheiten	Bindungskategorien		
		<i>sicher</i>	<i>ambivalent</i>	<i>vermeidend</i>
<i>Patienten</i>	<i>Prä (MG1)</i>	15.3 %	67.8 %	16.9 %
	<i>Post (MG2)</i>	32.1 %	46.7 %	21.2 %
	<i>Katamnese (MG3)</i>	37.1 %	45.7 %	17.2 %
<i>Vergleichsgruppe</i>	<i>Prä (MG1)</i>	57.8 %	26.4 %	15.9 %
	<i>Post (MG2)</i>	56.6 %	24.7 %	18.7 %
	<i>Katamnese (MG3)</i>	53.5 %	26.3 %	20.2 %

Hinsichtlich der durchschnittlichen Behandlungseffekte bei depressiven Beschwerden, die allerdings nicht im Fokus der Fragestellungen dieser Studie standen, ergab sich ein etwas anderes Bild: Die Patienten erzielten ausgesprochen gute und im Vergleich zu den Bindungsmerkmalen deutlich höhere Verbesserungen in depressiven Beschwerden zum Ende der Therapie hin ( $ES = -.948$ , vgl. Tab. 16). Diese Reduktion war aber bis zum Katamnesezeitpunkt nicht konstant: Depressive Beschwerden nahmen durchschnittlich gegenüber der Vergleichsgruppe wieder zu ( $ES = .324$ ; Tab. 17), auch wenn insgesamt zum Katamnesezeitpunkt eine immer noch signifikante Verbesserung in depressiven Beschwerden bei der Patientengruppe bestand ( $ES = -.446$ ; Tab. 18). Diese Tendenz in der untersuchten Patientenstichprobe zum längerfristigen Wiederauftreten depressiver Symptome nach therapeutischer Einflussnahme steht in Einklang mit der hohen Chronizität depressiver Störungen, wie sie in Abschnitt 2.1.2 und 2.1.4 beschrieben wurde.

Neben dem grundlagenwissenschaftlichen Interesse bildet gerade diese eingeschränkte langfristige Effektivität psychotherapeutischer (und mehr noch pharmakologischer) Depressionsbehandlungen die Basis für eine zusätzliche anwendungsbezogene Relevanz von Fragestellung 2 der vorliegenden Studie: Können interindividuell unterschiedliche poststationäre Depressivitätsveränderungen durch zeitlich vorgeordnete Bindungsmerkmale aufgeklärt werden, so dass ein Zuwachs an bindungssicheren Anteilen ein sinnvoller Fokus für die psychotherapeutische Behandlung depressiver Störungen darstellen könnte?

Die Untersuchung der Fragestellung 2 wurde mit einer Serie von Strukturgleichungsmodellen bearbeitet, in deren Rahmen nicht nur die Prädiktionsanalysen durchgeführt, sondern auch die Voraussetzung überprüft wurde, ob überhaupt von interindividuellen Unterschieden in intraindividuellen Veränderungen ausgegangen werden kann, die auf die stationäre Behandlung zurück zu führen sind.

Diese Voraussetzungsüberprüfung erfolgte im Rahmen der Analysen eines latenten Differenzvariablen-Messmodells (True-Intraindividual-Change-Modell), bei dem individuelle Veränderungen von einer Messgelegenheit zur nächsten auf separaten latenten Variablen abgebildet wurden (vgl. die Erläuterungen unter *Abbildung interindividueller Unterschiede in intraindividuellen Veränderungen* in Abschnitt 4.4; für eine grafische Veranschaulichung siehe Abb. 17). Die Ergebnisse dieser Differenzvariablenanalysen waren mit der Annahme behandlungsbedingter Varianzanteile in den intraindividuellen Veränderungen vereinbar. Zwar fielen die Varianzen der latenten Differenzvariablen auch in der unbehandelten Vergleichsgruppe durchgängig statistisch signifikant aus (vgl. Tab. 20), so dass eine generelle Annahme „keine Behandlung, keine Veränderung“ nicht haltbar war. Die entsprechenden

Varianzen (Dispersionen der Prä-Post-Veränderungen) waren allerdings in der Patientengruppe über alle Bindungskonstrukte hinweg signifikant größer als in der Vergleichsgruppe (siehe Tab. 21). Weiterhin erwies sich die Varianz der Katamnese-Post-Depressivitäts-Variable, durch die die in den Prädiktionsanalysen aufzuklärenden interindividuellen Unterschiede in intraindividuellen Veränderung depressiver Beschwerden abgebildet wurden, ebenfalls in der Patientengruppe als signifikant größer.

Um abzuschätzen, ob die gefundenen größeren interindividuellen Unterschiede in intraindividuellen Veränderungen in der Patientengruppe auf die höheren Präwerte der Patienten zurück zu führen waren, wurden in anschließenden explorativen Analysen die Varianzen der Differenzvariablen für eine Substichprobe aus der Vergleichsgruppe berechnet, die aus den 80 am stärksten depressiven nicht-klinischen Untersuchungsteilnehmern zur Prä-Messgelegenheit bestand. Diese Substichprobe (VG-Sub80) wies zwar einen signifikant geringeren Mittelwert in depressiven Beschwerden auf als die Patientengruppe, der Anteil der auf die Gruppenzugehörigkeit zurückführbaren Varianz in depressiven Beschwerden war mit knapp 5 % aber nur gering ( $M_{VG-Sub80} = 1.24$ ;  $M_{Pat} = 1.55$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .047$ ). Da die Varianzen der Differenzvariablen in dieser Vergleichsgruppen-Substichprobe in Relation zur Patientengruppe im  $\chi^2$ -Differenzentest wiederum fast ausnahmslos (BFPE-Öffnungsbereitschaft) signifikant geringer ausfielen ( $p < .05$ ) und deskriptiv nahe an denen der gesamten Vergleichsgruppe lagen (vgl. Anhang 9.21), erscheint eine Interpretation angemessen, wonach zumindest ein statistisch bedeutsamer Anteil der interindividuellen Unterschiede in intraindividuellen Veränderungen in den Bindungsmerkmalen bei den Patienten auf die Behandlung zurück zu führen war. Somit konnte für die Prädiktionsanalysen zumindest partiell sowohl von einer behandlungsbedingten Variabilität in den unabhängigen als auch der abhängigen Variablen ausgegangen werden, was als gute Grundlage für die Analysen *innerhalb* der Patientengruppe zu bewerten ist.

Allerdings erwiesen sich in diesen Analysen zeitlich vorgeordnete Bindungsmerkmale in der Patientengruppe *nicht* als konsistente, aufklärungsstarke Prädiktoren für interindividuell unterschiedliche Veränderungen in depressiven Beschwerden vom Ende des stationären Aufenthaltes zur Katamnese-Messgelegenheit hin.

Einige der zu Beginn der Behandlung erhobenen Bindungsmerkmale prädizierten zwar Prä-Post-Veränderungen in depressiven Beschwerden in erwarteter Richtung (vier von neun Tests fielen statistisch bedeutsam aus: sichere Anteile im Bindungsmuster bzw. geringe partnerschaftsbezogene Bindungsvermeidung zum Beginn der Therapie waren mit höherer Reduktion in depressiven Symptomen zum Therapieende verbunden, vgl. Tab. 22, Parameter e).

Eine langfristige Prädiktion der Veränderung depressiver Beschwerden nach der stationären Therapie zur Katamnese hin durch zum Beginn der Behandlung erhobene Bindungsmerkmale gelang aber nur vereinzelt (BFPE-Zuwendungsbedürfnis, RSQ-Ängstlichkeit; vgl. Tab. 22, Parameter *d*). Allerdings stand die Untersuchung des Vorhersagepotentials von Bindungs-Prävariablen nicht im Fokus von Fragestellung 2.

Doch auch durch Bindungsmerkmale, die am Ende der Therapie erhoben wurden, gelang keine konsistente Prädiktion depressiver Beschwerden zur Katamnese-Messgelegenheit (Hypothese 2.1). Lediglich für die BFPE-Variable Zuwendungsbedürfnis wurde ein signifikanter partieller Regressionskoeffizient ermittelt, wonach ein höheres Zuwendungsbedürfnis mit einer schlechteren Prognose in depressiven Beschwerden assoziiert war ( $\beta = .25$ ;  $t = 3.37$ ; vgl. Tab. 23, Parameter *l*).

Ebenso inkonsistent fiel die Prädiktion depressiver Symptome zur Katamnese durch Post-Prä-Differenzen in Bindungsmerkmalen aus (Hypothese 2.2). Bei dieser Serie von Analysen erwiesen sich lediglich Prä-Post-Zuwächse in BinFB-Vermeidung und BFPE-Zuwendungsbedürfnis als signifikante Prädiktoren, vgl. Tab. 24, Parameter *n*): In Relation zu den Präwerten vergleichsweise hohe Postwerte waren bei BinFB-Vermeidung mit eher niedrigen ( $\beta = -.19$ ;  $t = -2.09$ ), bei BFPE-Zuwendungsbedürfnis mit eher hohen ( $\beta = .26$ ;  $t = 2.69$ ) Depressivitätswerten zur Katamnese verbunden.

Immerhin erwies sich somit das BFPE-Zuwendungsbedürfnis sowohl als Post-State-Variable als auch als Post-Prä-Differenzvariable als signifikanter Bindungsmerkmalsprädiktor für nachfolgende Veränderungen in depressiven Beschwerden, auch wenn die Höhe der  $\beta$ -Koeffizienten und die damit verbundenen Anteile aufgeklärter Varianz eher gering ( $\Delta R^2 \approx .02$ ) und kaum von praktischer Relevanz sein dürften. Insgesamt ist die Ergebnislage weder mit Hypothese 2.1 noch mit Hypothese 2.2 vereinbar.

Ein anderes Bild ergab sich in nachfolgenden explorativen Prädiktionsanalysen innerhalb der *Vergleichsgruppe*, bei denen untersucht wurde, ob durch Bindungsmerkmale, die zur Prä-Messgelegenheit erhoben wurden, nachfolgende Veränderungen in depressiven Beschwerden zur Katamnese-Messgelegenheit hin prädictiert werden konnten. In diesen Analysen erwiesen sich neben kritischen Lebensereignissen und dem Alter alle Bindungsmerkmale als bedeutsame Prädiktoren für Post-Katamnese-Differenzen in depressiven Symptomen ( $p < .05$ , einseitiger Test, vgl. Tab. 25, Parameter *e*). Alle Zusammenhänge fielen in erwarteter Richtung aus: Bindungsambivalenz und Bindungsvermeidung zur Prä-Messgelegenheit waren mit höheren Depressivitätswerten zur Katamnese-Messgelegenheit verbunden, höhere Bindungssicherheit dagegen war mit niedrigerer Depressivität assoziiert. Bindungsambivalenz abbildende Variab-

len erwiesen sich dabei als deutlich aufklärungsstärkere Prädiktoren im Vergleich zu Bindungsvermeidung. Weiterhin konnten kritische Lebensereignisse durch Bindungsambivalenz und Bindungssicherheit prädiziert werden, so dass auch indirekte statistische Effekte zwischen diesen Bindungsmerkmalen und depressiven Beschwerden zur Katamnese-Messgelegenheit bestanden.

Insgesamt ergab sich somit eine für die Patienten- und die Vergleichsgruppe divergente Ergebnislage: Während die Annahme, dass ambivalente und vermeidende Bindungsanteile Risikofaktoren bzw. sichere Bindungsanteile ein Schutzfaktor für die Entwicklung depressiver Beschwerden darstellen, innerhalb der Patientengruppe nicht haltbar war, müssen dieselben Annahmen durch die Analysen innerhalb der Vergleichsgruppe als belegt gelten.

Für diese inkonsistente Ergebnislage könnten einerseits „personengruppenbezogene“ Unterschiede zwischen der Patienten- und der Vergleichsgruppe verantwortlich sein, die bereits vor der Behandlung bestanden und auf unterschiedliche Behandlungswahrscheinlichkeiten zurück zu führen sind – wie etwa die gefundenen deutlichen Niveauunterschiede in den unabhängigen Variablen (Bindungsmerkmale) und depressiven Beschwerden; andererseits können „post-interventionsbezogene“ Unterschiede angenommen werden, wonach der Prozess der Entwicklung depressiver Symptome nach einer stationären Psychotherapie qualitativ verschieden zur Depressivitätsentwicklung ohne eine solche Intervention verläuft.

Eine Klärung der Verursachung dieser divergenten Ergebnislage scheint nur im Rahmen randomisierter Zuordnung zur Treatmentvariablen möglich zu sein. Auf der Basis des Datmaterials der vorliegenden quasi-experimentellen Beobachtungsstudie kann zwischen personengruppen- und interventionsbezogenen Unterschieden aufgrund der mangelnden Homogenität zwischen Patienten- und Vergleichsgruppe nicht klar differenziert werden. Immerhin erlaubten die vorliegenden Daten eine explorative Annäherung an diese Problematik. Unter einer personengruppenspezifischen Perspektive könnte die statistische Prädizierbarkeit zeitlich nachgeordneter Veränderungen in depressiven Beschwerden durch Bindungsmerkmale vom depressiven Ausgangsniveau abhängig sein, d. h. bei Personen mit hohen Depressivitätswerten sollte ein anderer Veränderungsprozess zugrunde liegen als bei Personen mit geringen depressiven Beschwerden. Zur Betrachtung dieser Annahme wurde das Prädiktormodell für die Vergleichsgruppe (vgl. Abb. 21) auf die bereits erwähnte Substichprobe der 80 am stärksten depressiv beeinträchtigten Untersuchungsteilnehmer aus der Vergleichsgruppe (VG-SUB80) angewandt. Die Ergebnisse dieser Serie von Analysen können Anhang 9.24 entnommen werden. Trotz reduzierten Varianzen in depressiven Beschwerden ( $\text{Var}_{\text{VG-SUB80}} = .108$  vs.  $\text{Var}_{\text{VG}} = .200$ ) und – weniger deutlich – den Bindungsmerkmalen ergaben sich

keine geringeren Zusammenhänge zwischen den zur Prä-Messgelegenheit erhobenen depressiven Beschwerden und den einzelnen Prä-Bindungsvariablen sowie dem Alter und kritischen Lebensereignissen (vgl. insbesondere die Parameter  $a$ ,  $c$ ,  $d$  und  $i$  in Anhang 9.24 gegenüber Anhang 9.20). Wohl aber waren durchgängig geringere Regressionskoeffizienten von der Depressivität zur Katamnese auf die Bindungsmerkmale zur Prä-Messgelegenheit festzustellen (Parameter  $e$ ). Diese Ergebnislage spricht für eine zumindest partielle personengruppenbezogene Interpretation, wonach die Entwicklung depressiver Beschwerden bei stärker depressiven Personen weniger vom Bindungsmuster abhängig ist als bei Personen mit niedriger Depressivität.

Eine Gemeinsamkeit hingegen zwischen Patienten- und Vergleichsgruppe ergab sich für das Lebensalter, das innerhalb beider Gruppen einen ungünstigeren langfristigen Entwicklungsverlauf depressiver Beschwerden prädizierte. Dies ist ein überraschendes Ergebnis, da im Querschnitt zur Prä-Messgelegenheit in beiden Gruppen keine signifikante Korrelation zwischen Alter und Depressivität bestand und Kohortenstudien eine Zunahme der Prävalenzen depressiver Störungen in jüngeren Kohorten feststellten (vgl. Abschnitt 2.1.2). Evtl. widerspiegelt sich in den Ergebnissen dieser Studie zum Aufklärungspotential des Alters wiederum die Chronifizierungstendenz depressiver Beschwerden, wonach in höheren Alterskohorten nicht prozentual mehr Personen unter Depressivität leiden, diejenigen mit depressiven Beschwerden aber eine persistenterer bzw. in kürzeren Intervallen wiederkehrende Depressivitätssymptomatik erfahren.

### ***Methodische Diskussion***

Die vorliegende Studie weist einige Stärken, aber auch substantielle Schwächen auf, durch welche die Interpretation und Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse erschwert werden.

Eine Stärke der Studie liegt in ihrem prospektiven, eine 1-Jahres-Katamnese umfassenden Design, das einerseits eine klare Struktur zeitlicher Vorgeordnetheit impliziert und andererseits langfristig bestehende Veränderungsprozesse analysierbar macht, die in der Regel das Ziel psychotherapeutischer Behandlungen darstellen. Der Einbezug einer unbehandelten Vergleichsgruppe in dieser Studie erscheint selbstverständlich, wurde aber bislang im Kontext der Untersuchung von Veränderungen in Bindungsmerkmalen infolge psychotherapeutischer Interventionen meines Wissens noch nicht geleistet. Dies scheint allerdings vor dem Hintergrund bisheriger Untersuchungen zu Veränderungen in Bindungsmerkmalen, bei denen in verschiedenen nicht-klinischen, unbehandelten Stichproben Zuwächse in sicheren Bindungs-

anteilen feststellbar waren (vgl. Abschnitt 2.2.3), eine notwendige Forderung an entsprechende Studien zu sein.

Eine weitere Stärke besteht in den verwendeten elaborierten statistischen Datenanalysen, die im Wesentlichen mit Strukturgleichungsmodellen unter Verwendung des Full-Information-Maximum-Likelihood-Verfahrens (FIML) erfolgten, so dass Variablen bzw. Parameter messfehlerbereinigt und unter Berücksichtigung des gesamten vorliegenden Informationspotentials geschätzt wurden.

Bei den Analysen durchschnittlicher Behandlungseffekte (Fragestellung 1) wurde mit *EffectLite 3.1.2* ein verallgemeinerter kovarianzanalytischer Ansatz angewandt, bei dem nicht nur latente Variablen gebildet, sondern Kovariaten-Untersuchungsgruppen-Interaktionen modelliert und zur Berechnung der durchschnittlichen Effekte herangezogen werden. Tatsächlich fanden sich bei den analysierten Variablen überwiegend statistisch signifikante Interaktionen (vgl. Tab. 15, Tab. 17, Tab. 18), die bei der Berechnung von Kovarianzanalysen im Rahmen der Varianzanalyse – etwa mit SPSS – nicht berücksichtigt worden wären, ebenso wie die zwischen Patienten- und Vergleichsgruppe deutlich unterschiedlichen Varianzen der Variablen. Da zudem mögliche Konfundierungen durch sukzessiven Einbezug potentieller Kovariaten im Datensatz überprüft wurden, scheinen die Datenanalysen zu durchschnittlichen Behandlungseffekten nach derzeit verfügbaren statistischen Methoden optimal ausgewertet.

Für die Prädiktoranalysen depressiver Beschwerden durch zeitlich vorgeordnete Bindungsmerkmale (Fragestellung 2) wurden nicht nur latente State- und Differenzvariablen gebildet und in komplexen Prädiktormodellen über mehrere Messgelegenheiten hinweg unter Berücksichtigung der Struktur zeitlicher Vorgeordnetheit und im Datensatz befindlicher möglicher konfundierter Variablen analysiert. Darüber hinaus wurde die Voraussetzung dieser Analysen in Form behandlungsbedingter interindividueller Unterschiede in intraindividuellen Veränderungen geprüft. Hierfür wurden Messmodelle latenter Veränderungsvariablen gebildet, deren Analysen zeigten, dass die strenge Annahme „keine Behandlung, keine Veränderung“ (d. h. in der Vergleichsgruppe: keine Varianzen in den latenten Veränderungsvariablen) nicht zutraf, aber – wie bereits oben diskutiert – immerhin zusätzliche, behandlungsbedingte Varianzanteile in den Differenzvariablen der Patientengruppe gefunden wurden. Somit erfolgten die Prädiktoranalysen auf der Grundlage belegter Vorannahmen, deren Relevanz sich darin zeigt, dass fehlende Prädiktoreffekte in der Patientengruppe nicht auf ungenügend ausgeprägte behandlungsbedingte interindividuelle Unterschiede in intraindividuellen Veränderungen der Bindungsmerkmale oder der depressiven Beschwerden zurück zu führen sind.



Methodische Schwächen der Studie ergeben sich vor allem aus messmethodischen Unzulänglichkeiten, der Analyse von State- anstelle von Trait-Variablen und der mangelnden Äquivalenz zwischen Patienten und Vergleichsgruppe.

Bestehende Messprobleme in der Erwachsenen-Bindungsforschung wie mangelhafte Konvergenz zwischen Fremd- und Selbsteinschätzungsmethoden sowie unterschiedliche Dimensionen/Konstrukte und Referenzfoki der Instrumente wurden in Abschnitt 2.2.2 dargestellt. Die vorliegende Studie verwendete nur Selbsteinschätzungsmethoden und folgte somit der Tradition der sozial- und persönlichkeitspsychologischen Erwachsenen-Bindungsforschung. Um der Problematik unterschiedlicher Dimensionen und Referenzfoki zu begegnen, wurden drei etablierte Bindungsfragebögen verwendet: zwei partnerschaftsbezogene mit unterschiedlichen Dimensionen (BFPE: Akzeptanzprobleme, Zuwendungsbedürfnis, Öffnungsbereitschaft; BinFB: Bindungsängstlichkeit, Bindungsvermeidung) und ein auf die Personengruppe „andere“ bezogener Fragebogen (RSQ: Bindungsängstlichkeit, Bindungsvermeidung). Hinsichtlich der Ergebnislage zu den Fragestellungen unterschieden sich die verwendeten Bindungsfragebögen nicht. Daher scheint eine Generalisierung auf andere Bindungs-Selbstbeschreibungsinstrumente grundsätzlich gerechtfertigt. Allerdings können die Ergebnisse aufgrund der mangelnden Konvergenz nicht auf Fremdeinschätzungsverfahren verallgemeinert werden. Um Aussagen über die hier analysierten Zusammenhänge zwischen Bindungs-Fremdeinschätzungsverfahren und depressiven Beschwerden treffen zu können, müssen entsprechend neue Studien durchgeführt werden.

Psychotherapeutische Interventionen streben langfristig anhaltende Veränderungen im Erleben und Verhalten von Patienten an. Daher liegt es grundsätzlich nahe, psychotherapeutische Wirksamkeits- und – je nach Fragestellung – Prozessforschung im Rahmen von Trait-Variablen zu analysieren, die gleich bleibende Varianzanteile eines Konstruktes zwischen zwei oder mehreren Messgelegenheiten abbilden (vgl. Steyer, Ferring & Schmitt, 1992; Steyer, Schmitt & Eid, 1999). Die Modellierung von Veränderungen in Trait-Variablen erfordert allerdings mindestens einmal eine Erhebung der entsprechenden State-Variablen zu zwei Messgelegenheiten in einem Zeitintervall, für den keine behandlungsbedingten (Trait-) Veränderungen angenommen werden (d. h. zwei Messungen in relativ kurzen Abständen vor oder nach der Intervention; vgl. Steyer, Krambeer & Hannover, 2004). Dies war leider im Rahmen dieser Studie nicht möglich. Daher konnte bei den vorliegenden Datenanalysen bei der Konzeption latenter Variablen nicht zwischen Trait-Komponenten und State-Residuen differenziert werden. Entsprechend bilden situationale Einflüsse und Person-Situation-Interaktionen Bestandteile der Varianzen der in dieser Studie betrachteten unabhängigen und abhängigen

latentem State-Variablen. Insbesondere für die Abbildung depressiver Beschwerden ist diese mangelnde Differenzierung problematisch, da durch Fragebögen zwar gut das aktuelle, vom Patienten erlebte Ausmaß an Depressivität gemessen werden kann, dieses aber stark von der Befindlichkeit abhängig und somit zu einem bedeutenden Teil situationsspezifisch ist (z. B. Wittchen & Jacobi, 2006). Entsprechend zeigten sich bei depressiven Beschwerden niedrigere Stabilitätskoeffizienten als bei den Bindungsmerkmalen (vgl. Tab. 14). Immerhin kann angenommen werden, dass sich negative und positive situative Effekte ausmitteln, so dass das  $\alpha$ -Fehlerniveau nicht progressiv verändert wird. Dem Vorteil der statistischen Modellierung von Trait-Variablen stehen allerdings neben dem Aufwand auch weitere Argumente wie die Möglichkeit von Testwiederholungs-Effekten (wie etwa bei den Bindungsmerkmalen zu befürchten) oder eine mangelnde Akzeptanz der Untersuchungsteilnehmer und somit eine höhere Attrition-Rate entgegen. Zudem ermöglicht auch eine Trait-Modellierung keine statistische Situationsbereinigung in dem Sinne, dass zwischen den Messgelegenheiten gleich bleibende situative Effekte kontrolliert und rein persönlichkeitsabhängige Varianzen geschätzt werden könnten. Beispielsweise wäre durch eine in kurzem Abstand wiederholte Messung am Beginn des stationären Aufenthaltes keine statistische Kontrolle des Effektes der neuartigen Umgebung „Psychotherapiestation“ möglich. Insgesamt scheint somit die Beschränkung der statistischen Modellierung auf State-Variablen im Rahmen dieser Untersuchung akzeptabel.

Die gravierendsten Einschränkungen der vorliegenden Studie ergeben sich aus der fehlenden Äquivalenz zwischen der Patienten- und der Vergleichsgruppe, die sowohl die interne als auch die externe Validität der Studie beeinträchtigt. Die Untersuchungsteilnehmer wurden nicht randomisiert zur Patienten- bzw. Vergleichsgruppe zugeteilt. Es erfolgte vielmehr eine Selbst- und Expertenselektion, insofern sich die Patienten im Vorfeld an das öffentliche Gesundheitssystem wandten und von Klinikern die Empfehlung bekamen, eine stationäre Gruppenpsychotherapie zu absolvieren. Somit waren nicht nur die Behandlungswahrscheinlichkeiten für Untersuchungsteilnehmer in der Patienten- versus Vergleichsgruppe ungleich, weiterhin musste bei den Patienten ein starker Leidensdruck und eine ausgeprägte Veränderungsbereitschaft (Therapiemotivation) angenommen werden, die freilich in der Vergleichsgruppe nicht so zu erwarten waren, aber im Veränderungsprozess eine Rolle spielen konnten. Daher besteht in der vorliegenden Studie grundsätzlich das Problem der kausalen Verfälschung gefundener Effekte, insofern nicht davon ausgegangen werden konnte, dass Merkmale (so genannte konfundierte Variablen oder Kovariaten), die ohne Bezug zur Behandlung einen Einfluss auf die abhängige Variable ausüben oder den Effekt der Behandlung moderieren, zwischen den Gruppen gleich verteilt waren. Entsprechend wurden in die Analysen zu Be-

handlungseffekten (Fragestellung 1) solche im Datensatz befindlichen möglichen Kovariaten sukzessive mit eingeschlossen und jeweils untersucht, ob dadurch eine signifikante Veränderung im Behandlungseffekt resultierte (vgl. Abschnitt 5.3). Dies traf durchgängig für die jeweilige Präwerte-Variable zu, aber nur ausnahmsweise für andere potentielle Kovariaten (einige Male für die Depressivitäts-Präwerte-Variable). Dies weist darauf hin, dass der statistischen Kontrolle von Präwerte-Variablen im Rahmen quasi-experimenteller Beobachtungsstudien eine wichtige Rolle zukommt. Nicht nur, dass dadurch Effekte der Regression zur Mitte kontrolliert werden können; weiterhin werden mit der Präwerte-Variable implizit alle Kovariaten mit kontrolliert, die einen Einfluss auf die Ausprägung eben dieser Präwerte ausübten. Auch wenn in der vorliegenden Studie eine ganze Schar möglicher Kovariaten untersucht wurden, kann nicht ausgeschlossen werden, dass weitere relevante Kovariaten existieren, die nicht in die Datenerhebung mit einbezogen wurden. In diesem Zusammenhang wären randomisiert-kontrollierte experimentelle Studien wünschenswert, bei denen Behandlungseffekte gegenüber einer unbehandelten Patienten-Kontrollgruppe (z. B. Wartegruppe) untersucht werden. Weiterhin wären methodische Studien von großem Nutzen, die den Stellenwert der Präwerte-Variablen in quasi-experimentellen Studien heraus arbeiten.

Hinsichtlich der Prädiktoranalysen (Fragestellung 2) zeigte sich die Problematik der mangelnden Äquivalenz bzw. fehlenden Randomisierung vielleicht noch gravierender: Wie bereits oben ausgeführt unterschied sich die Ergebnislage zu Prädiktoreffekten zwischen Patienten- und Behandlungsgruppe. Dies ist freilich inhaltlich ein interessantes Ergebnis, es kann aber im Rahmen der vorliegenden Studie nicht eindeutig aufgeklärt werden, da zwischen Unterschieden zwischen den Gruppen, die bereits vor der Behandlung bestanden, und einem möglichen „Interventionseffekt“ nicht differenziert werden kann.

Problematisch ist die mangelnde Äquivalenz zwischen den Gruppen auch in Hinblick auf die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse. Die Datenerhebung (vgl. Abschnitt 4.2) für die Patientengruppe erfolgte konsekutiv, diagnoseunspezifisch und multizentrisch (fünf psychotherapeutische Kliniken in verschiedenen Bundesländern). Die Alters- und Geschlechtsverteilung entsprach den Stichproben anderer multizentrischer Psychotherapiestudien mit großen Fallzahlen (z. B. Strauß et al., 2006; Franz, Janssen, Lensche, Schmidtke et al., 2000). Insofern scheinen die Ergebnisse grundsätzlich auf erwachsene Psychotherapiepatienten in bzw. nach stationär-gruppenpsychotherapeutischer Behandlung in Deutschland übertragbar zu sein. Die Untersuchungsteilnehmer aus der Vergleichsgruppe, die sich aus Medizin- und Psychologiestudenten der Universität Jena sowie aus Patienten einer Hausarztpraxis in Weimar zusammensetzten, lassen sich gerade dadurch charakterisieren, dass sie nicht an einer stationä-

ren Behandlung teilnahmen (gleichwohl sie freilich Zugang zum öffentlichen Gesundheitswesen und somit zum Angebot einer stationären Gruppenpsychotherapie hatten und immerhin 15.4 % der Personen dieser Vergleichsgruppe nach dem ADS-Cut-Off-Wert unter klinisch relevanten depressiven Beschwerden litten – im Vergleich zu 76.2 % der Patientengruppe). Ein weiteres gemeinsames Charakteristikum der Vergleichsgruppenteilnehmer war ihr Lebensmittelpunkt, der im Raum Jena-Weimar lag. Insofern ließen sich die Ergebnisse auf erwachsene, nicht in stationärer Behandlung befindliche Personen mit Lebensmittelpunkt Jena-Weimar verallgemeinern. Diese Ausführungen zeigen, dass es schwierig ist, ein Zufallsexperiment zu beschreiben, das der Stichprobenziehung zugrunde lag und den Geltungsbereich der inferenzstatistischen Ergebnisse definiert.

Mit zunehmender Ungleichheit zwischen Untersuchungsgruppen wird die Anzahl potentiell relevanter Kovariaten größer und der Geltungsbereich der Ergebnisse unspezifischer, allgemeiner. Daher sollte der vorliegenden Studie, in der den unterschiedlichen Gruppen verschiedene Ergebnislagen entsprachen, lediglich der Status einer explorativen Untersuchung zugemessen und die Ergebnisse mit großer Vorsicht interpretiert werden. Es bleibt künftiger, insbesondere experimenteller Forschung vorbehalten, mehr Klarheit über die komplexen, theoretisch und anwendungsbezogen interessanten, möglicherweise kausalen Zusammenhänge zwischen Bindungsmerkmalen und depressiven Beschwerden zu gewinnen. Die vorliegende quasi-experimentelle Beobachtungsstudie mag hierzu zumindest von heuristischem Wert sein.

## 7 Zusammenfassung

Ausgehend von theoretischen Übereinstimmungen zwischen Charakteristika unsicherer Bindungsmuster und zentralen Aspekten psychologischer Ätiopathogenesemodelle depressiver Störungen wurden in der vorliegenden Studie Zusammenhänge zwischen Bindungsmerkmalen und Depressivität über drei Messgelegenheiten hinweg untersucht. Dabei wurden in einer multizentrischen Erhebung, an der sich fünf psychotherapeutische Einrichtungen beteiligten, Daten anhand einer Fragebogenbatterie an einer klinischen Stichprobe bestehend aus stationären Gruppenpsychotherapiepatienten mit unterschiedlichen Diagnosen zum Therapiebeginn, zur Entlassung aus der Klinik und ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt gewonnen ( $N = 265$ ). Zeitlich parallel wurde eine unbehandelte Vergleichsgruppe befragt, die sich aus Medizin- und Psychologiestudenten sowie Hausarztpraxispatienten zusammen setzte ( $N = 260$ ). Die zentralen Fragestellungen der Untersuchung waren: (1) Verändern sich Bindungsmerkmale infolge stationärer Psychotherapie in Richtung Zugewinn an sicheren Anteilen und bleiben solche möglichen Zugewinne längerfristig stabil? (2) Können Veränderungen in depressiven Beschwerden, die nach der Therapie zur Katamnese hin auftreten, durch zeitlich vorgeordnete Bindungsmerkmale prädiziert werden, derart dass unsicher Bindungsanteile mit höherer und sichere Bindungsanteile mit niedrigerer Depressivität assoziiert sind?

Die Datenanalysen erfolgten mittels Strukturgleichungsmodellen (LISREL 8.72, EffectLite 3.12) auf der Basis von Testhälften, um der Problematik der Messfehlerkumulation bei Differenzvariablen zu begegnen sowie differenzierte Hypothesentests durchführen zu können. Die Analysen zeigten, dass in der Patientengruppe gegenüber der Vergleichsgruppe größere interindividuelle Unterschiede in intraindividuellen Veränderungen sowohl zwischen der Prä- und Post-Messgelegenheit als auch zwischen der Post- und Katamnese-Erhebung auftraten. Die Behandlungseffekte in Bezug auf Bindungsmerkmale fielen in erwarteter Richtung aus (Zugewinn an bindungssicheren Anteilen) und erreichten fast durchgängig statistische Signifikanz in der Patientengruppe. Eine konsistente und aufklärungsstarke Prädiktion von Post-Katamnese-Veränderungen in depressiven Beschwerden gelang innerhalb der Patientengruppe weder durch Bindungsmerkmals-State-Variablen zum Ende der Behandlung noch durch Bindungsmerkmals-Differenzvariablen (Post- minus Präwerte), so dass weder bindungssichere Anteile nach der stationären Therapie noch ein Prä-Post-Zugewinn an Bindungssicherheit als Schutzfaktoren für die post-stationäre Entwicklung depressiver Beschwerden betrachtet werden konnten. Demgegenüber zeigten sich in der Vergleichsgruppe die erwarteten Prädiktoreffekte konsistent über die erhobenen Bindungsmerkmale hinweg. Die Ergebnislage deutet darauf hin, dass mit zunehmender Depressivität Bindungsmerkmalen eine geringere Bedeutung

im weiteren Entwicklungsprozess depressiver Symptome zukommt. Für eine Optimierung psychotherapeutischer Strategien zur Behandlung depressiver Beschwerden scheint ein bindungstheoretischer Fokus somit nicht zielführend. Eine mögliche spezielle Dynamik des poststationären Verlaufs depressiver Beschwerden sollte in künftigen prospektiven Studien besondere Berücksichtigung finden.

## 8 Literaturverzeichnis

- Abraham, K. (1924). Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen. *Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse*, 11, 1-96.
- Abramson, L.Y., Alloy, L.B., Hankin, B.L., Haeffel, G.J., MacCoon, D.G. & Gibb, B.E. (2002). Cognitive vulnerability-stress models of depression in a self-regulatory and psychobiological context. In I.H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 268-294). New York: Guilford Press.
- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. & Alloy, L.B. (1989). Hopelessness: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Abramson, L.Y., Seligman, M.E. & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Adamson, L.B. & Frick, J.E. (2003). The still face: A history of a shared experimental paradigm. *Infancy*, 4, 451-473.
- Ainsworth, M.D.S. & Wittig, B. A. (1969). Attachment and the exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In B.M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior* (Vol. 4, pp. 113-136). London: Methuen.
- Allen, J. P. & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. In J. Cassidy & Ph.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 319-335). New York: Guilford Press.
- Allen, J.P., McElhaney, K.B., Kuperminc, G.P. & Jodl, K.M. (2004). Stability and change in attachment security across adolescence. *Child Development*, 75, 1792-1805.
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. & Hartlage, S. (1988). The hopelessness theory of depression: Attributional aspects. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 5-21.
- American Psychiatric Association (2000). Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157 (Suppl. 4), 1-45.
- Andlin-Sobocki, P., Jönsson, B., Wittchen, H.U. & Olesen, J. (2005). Cost of disorders of the brain in Europe. *European Journal of Neurology*, 12, 1-27.
- Angst, J., Gamma, A., Pezawas, L., Ajdacic-Gross, V., Eich, D., Rössler, W. & Altamura, C. (2007). Parsing the clinical phenotype of depression: The need to integrate brief depressive episodes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 221-228.
- Angst, J., Sellaro, R. & Merikangas, R. (2000). Depressive spectrum diagnoses. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (Suppl. 1), 39-47.
- Arroll, B., Macgillivray, S., Ogston, S., Reid, I., Sullivan, F., Williams, B. & Cromie, I. (2005). Efficacy and tolerability of tricyclic antidepressants and SSRIs compared with placebo for treatment of depression and primary care: A meta-analysis. *Annals of Family Medicine*, 3, 449-456.
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2006). *Arzneiverordnung in der Praxis: Empfehlungen zur Therapie der Depression*. <http://www.digibib.tu-bs.de/?docid=00020716>.
- Baldwin, M.W. & Fehr, B. (1995). On the instability of attachment style ratings. *Personal Relationships*, 2, 247-261.
- Barbato, A. & Dávanzo, B. (2008). Efficacy of couple therapy as a treatment for depression: A meta-analysis. *Psychiatry Quarterly*, 79, 121-132.
- Barrett, M.S. & Barber, J.P. (2007). Interpersonal profiles in major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 247-266.
- Barth, S., Voss, E., Martin, M., Fischer-Cyrlies, A., Pantel, J. & Schröder, J. (2002). Depressive Störungen im mittleren und höheren Lebensalter: Erste Ergebnisse einer Längsschnittstudie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 23, 141-158.

- Bartholomew, K. & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bartholomew, K. & Shaver, Ph.R. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge? In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 25-45). New York: Guilford Press.
- Beblo, T. & Herrmann, M. (2000). Neuropsychologische Defizite bei depressiven Störungen. *Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie*, 68, 1-11.
- Bech, P., Cialdella, P., Haugh, M.C., Birkett, M.A., Hours, A., Boissel, J.P. & Tollefson, G.D. (2000). Meta-analysis of randomized controlled trials of fluoxetine v. placebo and tricyclic antidepressants in the short-term treatment of major depression. *British Journal of Psychiatry*, 176, 421-428.
- Beck, A.T. (1963). Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, A.T. (1964). Thinking and depression: Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A.T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959.
- Beck, A.T., Epstein, N. & Raymond, H. (1983). Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 1-16.
- Beekman, A.T.F., Penninx, B.W.J., Deeg, D.J.H., de Beurs, E., Geerlings, S.W. & Tilburg, W. (2002). The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: A longitudinal perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 20-27.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 413-434.
- Belsky, J. (1999). Attachment in infancy and childhood. In J. Cassidy & Ph.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications* (pp. 249-264). New York: Guilford Press.
- Belsky, J. & Fearon, R.M.P. (2002). Infant-mother attachment security, contextual risk, and early development: A moderational analysis. *Development and Psychopathology*, 14, 293-310.
- Benoit, D. & Parker, K. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65, 1444-1456.
- Bernier, A., Larose, S. & Boivin, M. (2007). Individual differences in adult attachment: Disentangling two assessment traditions. *European Journal of Development Psychology*, 4, 220-238.
- Bibring, E. (1952). Das Problem der Depression. *Psyche*, 6, 81-101.
- Bibring, E. (1953). The mechanisms of depression. In P. Greenacre (Ed.), *Affective Disorders* (pp. 14-47). New York: International University Press.
- Bieling, P.J. & Alden, L.E. (2001). Sociotropy, autonomy, and the interpersonal model of depression: An integration. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 167-184.
- Bifulco, A., Moran, P.M., Ball, C. & Bernazzani, O. (2002). Adult attachment style I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 50-59.
- Bing-Hall, J. (1993). The application of attachment theory to understanding and treatment in family therapy. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 199-215). London: Routledge.
- Birmes, P., Coppin, D., Schmitt, L. & Lauque, D. (2003). Serotonine syndrome: A brief review. *Canadian Medical Association Journal*, 168, 1439-1442.



- Blackburn, I.M., Eunson, K. & Bishop, S. (1986). A two-year naturalistic follow up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy, and a combination of both. *Journal of Affective Disorders*, 10, 67-75.
- Blatt, S.J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Bockting, C.L.H., Doesschate, M.C., Spijker, J., Spinhoven, P., Koeter, M.W.J. & Schene, A.H. (2008). Continuation and maintenance use of antidepressants in recurrent depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 17-26.
- Boland, R.J. & Keller, M.B. (2002). Epidemiology in depression. In I.H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 23-42). New York: Guilford Press.
- Bosquet, M. & Egeland, B. (2006). The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Development and Psychopathology*, 18, 517-550.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: I. Etiology and psychopathology in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Brähler, E., Schumacher, J. & Brähler, C. (2000). Erste gesamtdeutsche Normierung der Kurzform des Gießener Beschwerdebogens GBB-24. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 14-21.
- Brennan, K. A., Clark, C. L. & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Brown, G.W., Bifulco, A.T. & Harris, T.O. (1987). Life events, vulnerability and onset of depression: Some refinements. *British Journal of Psychiatry*, 150, 30-42.
- Brown, G.W. & Harris, T.O. (1978). *Social origins of depression*. London: Tavistock.
- Buchheim, A. & Strauß, B. (2002). Interviewmethoden der klinischen Bindungsforschung. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung: Theorien, Methoden, Ergebnisse* (S. 27-53). Stuttgart: Schattauer.
- Buist, A., Ross, L.E. & Steiner, M. (2006). Anxiety and mood disorders in pregnancy and the postpartum period. In D.J. Castle, J. Kulkarni & K.M. Abel (Eds.), *Mood and anxiety disorders in women* (pp. 136-162). New York: Cambridge University Press.
- Burnette, J.L., Davis, D.E., Green, J.D., Worthington, E.L. & Bradfield, E. (2009). Insecure attachment and depressive symptoms: The mediating role of rumination, empathy, and forgiveness. *Personality and Individual Differences*, 46, 276-280.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/ disorientation. *Child Development*, 69, 1107-1128.
- Cassidy, J. & Mohr, J. J. (2001). Unsolvabel fear, trauma and psychopathology: Theory, research, and clinical considerations related to disorganized attachment across the life span. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 276-298.

- Cassidy, J. 1988. Child-mother attachment and the self in six-year-olds. *Child Development*, 59, 121-134.
- Clark, D.A. & Beck, A.T. (1999). The cognitive theory of depression. In D.A. Clark & A.T. Beck (Eds.), *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression* (pp. 76-111). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Clark, D.A., Beck, A.T., & Brown, G.K. (1992). Sociotropy, autonomy, and life event perceptions in dysphoric and nondysphoric individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 635-652.
- Cohn, J.F. & Elmore, M. (1988). Effect of contingent changes in mothers' affective expression on the organization of behavior in 3-month-old infants. *Infant Behavior and Development*, 11, 493-505.
- Cole, D.A. (2004). Taxometrics in psychopathology research: An introduction to some of the procedures and related methodological issues. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 3-9.
- Colin, V.L. (1996). *Human Attachment*. New York: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Collins, N.L. & Read, S.J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-663.
- Cook, T.D. & Campbell, D.T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mifflin.
- Cozzarelli, C., Karafa, J.A. & Collins, N. (2003). Stability and change in adult attachment styles: Associations with personal vulnerabilities, life events, and global construals of self and others. *Journal of Clinical and Social Psychology*, 22, 315-346.
- Crittenden, P.M. (1998). Dangerous behavior and dangerous contexts: A 35-year prospective on research on the developmental effects of child physical abuse. In P.K. Trickett & C.J. Schellenbach (Eds.), *Violence against children in the family and the community* (pp. 11-38). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Crowell, J.A., Fraley, R.Ch. & Shaver, Ph. (1999). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In J. Cassidy & Ph.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications* (pp. 434-465). New York: Guilford Press.
- Crowell, J.A., Treboux, D. & Waters, E. (2002). Stability of attachment representations: The transition to marriage. *Developmental Psychology*, 38, 467-479.
- Cryanowski, J.M., Bookwala, J., Feske, U., Houck, P., Pilkonis, P., Kostelnik, B. & Frank, E. (2002). Adult attachment profiles, interpersonal difficulties, and response to interpersonal psychotherapy in woman with recurrent major depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21, 191-217.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909-922.
- Cuijpers, P., van Straten, A. & Warmerdam, L. (2007). Problem solving therapies for depression: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 22, 9-15.
- Cuijpers, P., van Straten, A. & Warmerdam, L. (2008). Are individual and group treatments equally effective in the treatment of depression in adults? A meta-analysis. *European Journal of Psychiatry*, 22, 38-51.
- Daniel, S.I.F. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical Psychological Review*, 26, 968-984.
- Davey, A., Savla, J. & Luo, Z. (2005). Issues in evaluating model fit with missing data. *Structural Equation Modeling*, 12, 578-597.
- Davila, J., Burge, D. & Hammen, C. (1997). Why does attachment style change? *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 826-838.

- Davila, J. & Cobb, R.J. (2003). Predicting change in self-reported and interviewer-assessed adult attachment: Tests of the individual difference and life stress models of attachment change. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 859-870.
- Davila, J., Karney, B.R. & Bredbury, T.N. (1999). Attachment change processes in the early years of marriage. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 783-802.
- De Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R. & De Jonghe, F. (2006). Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 16, 562-572.
- De Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R. & De Jonghe, F. (2007). Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 22, 1-8.
- De Mello, M.F., de Jesus Mari, J., Bacaltchuk, J., Verdeli, H. & Neugebauer, R. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255, 75-82.
- DeOliveira, C.A., Moran, G. & Pederson, D.R. (2005). Understanding the link between maternal adult attachment classifications and thoughts and feelings about emotions. *Attachment and Human Development*, 7, 153-170.
- Derogatis, L.R. (1977). *Administration, scoring and procedures manual-I for the (R)evised version*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine.
- DeRubeis, R.J., Gelfand, L.A., Tang, T.Z. & Simons, A.D. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: Mega-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1007-1013.
- DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C., Young, P.R., Salomon, R.M., O'Reardon, J.P., Lovett, M.L., Gladis, M.M., Brown, L.L. & Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416.
- DeWolff, M. & van IJzendoorn, M. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571-591.
- Diamond, D., Stuvall-McClough, C., Clarkin, J.F. & Levy, K.N. (2003). Patient-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 227-259.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2006). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch diagnostische Leitlinien* (4.A). Bern: Huber
- Dobson, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Dobson, K.S., Hollon, S.D., Dimidjian, S., Schmaling, K.B., Kohlenberg, R.J., Gallop, R.J., Rizvi, S.L., Gollan, J.K., Dunner, D.L. & Jacobson, N.S. (2008). Randomized trial if behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 468-477.
- Dozier, M., Stovall, K. & Albus, K.E. (1999). Attachment and psychopathology. In: J. Cassidy & Ph.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 497-519). New York: Guilford Press.
- Dozier, M. & Tyrrell, Ch. (1998). The role of attachment in therapeutic relationships. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 221-248). New York: Guilford Press.
- Drieling, T., van Calker, D. & Hecht, H. (2006). Stress, personality and depressive symptoms in a 6.5 year follow-up of subjects at familial risk for affective disorders and controls. *Journal of Affective Disorders*, 91, 195-203.

- Easterbrooks, M.A. & Abeles, R. (2000). Windows to the self in 8-year-olds: Bridges to attachment representation and behavioral adjustment. *Attachment and Human Development*, 2, 85-106
- Egeland, B. & Carlson, B. (2003). Attachment and Psychopathology. In L. Atkinson & S. Goldberg (Eds.), *Attachment Issues in Psychopathology and Intervention* (pp. 27-48). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Eid, M. (2000). A multitrait-multimethod model with minimal assumptions. *Psychometrika*, 65, 241-261.
- Eid, M., Lischetzke, T., Nussbeck, F.W. & Trierweiler, L.L. (2003). Separating trait effects from trait-specific method effects in multitrait-multimethod models: A multiple indicator CTC(M-1) model. *Psychological Methods*, 8, 38-60.
- Elbert, T. & Rockstroh, B. (1993). *Psychopharmakologie. Anwendung und Wirkungsweisen von Psychopharmaka und Drogen*. Göttingen: Hogrefe.
- Enders, C.K. (2006). Analyzing structural equation models with missing data. In G.R. Hancock & R.O. Mueller (Eds.), *Structural equation modeling: A second course* (pp. 315-344). Greenwich: Information Age Publishing.
- Enders, C.K. & Peugh, J.L. (2004). Using an EM covariance matrix to estimate structural equation models with missing data: choosing an adjusted sample size to improve the accuracy of inferences. *Structural Equation Modeling*, 11, 1-19.
- Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L. & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-772.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorder (ESE-MeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (Suppl. 420), 38-46.
- Essau, C.A. & Conradt, J. (2008). Depression und depressive Störungen bei Jugendlichen. In R.K. Silbereisen & M. Hasselhorn (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des Jugendalters* (S. 627-662). Göttingen: Hogrefe.
- Evans, M.D., Holon, S.D., DeRubeis, R.J., Piasecki, J.M., Grove, W.M., Garvey, M.J. & Tuason, V. B. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 802-808.
- Fava, M. & Kaji, J. (1994). Continuation and maintenance treatments of major depressive disorder. *Psychiatric Annals*, 24, 281-290.
- Feeney, J., Alexander, R., Noller, P. & Hohaus, L. (2003). Attachment insecurity, depression, and the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 10, 475-493.
- Fogel, J., Eaton, W.W. & Ford, D.E. (2006). Minor depression as a predictor of the first onset of major depressive disorder over a 15-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 36-43.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. & Gerber, A. (1996). The relationship of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- Forsell, Y. (2007). A three-year follow-up of major depression, dysthymia, minor depression and sub-syndromal depression: Results from a population-based study. *Depression and Anxiety*, 24, 62-65.
- Fortuna, K. & Roisman, G.I. (2008). Insecurity, stress, and symptoms of psychopathology: Contrasting results from self-reports versus interviews of adult attachment. *Attachment and Human Development*, 10, 11-28.
- Fraley, R.C., Waller, N.G. & Brennan, K.A. (2000). An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 350-365.

- Franklin, C.L., Strong, D.R. & Green, R.L. (2002). A taxometric analysis of the MMPI-2 depression scales. *Journal of Personality Assessment*, 79, 110-121.
- Franz, M., Janssen, P., Lensche, H., Schmidtke, V., Tetzlaff, M., Martin, K., Wöller, W., Hartkamp, N., Schneider, G. & Heuft, G. (2000). Effekte stationärer analytisch orientierter Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 46, 242-258.
- Freud, S. (1917). *Trauer und Melancholie*. GW, Bd. X (S. 427-446). Frankfurt: Fischer.
- Friedman, S.L. & Boyle, E. (2009). Kind-Mutter-Bindung in der NICHD-Studie "Early Child Care and Youth Development": Methoden, Erkenntnisse und zukünftige Ausrichtungen. In K.H. Brisch & T. Hellbrügge (Eds.), *Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft* (S. 94-151). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Friemel, S., Bernert, S., Angermeyer, M. & König, H. (2005). Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland. Ergebnisse aus dem European Study of the Epidemiology of mental Disorders Projekt. *Psychiatrische Praxis*, 32, 113-121.
- Friies, R.H., Wittchen, H.-U., Pfister, H. & Lieb, R. (2002). Life events and changes in the course of depression in young adults. *European Psychiatry*, 17, 241-253.
- Furukawa, T.A., Fujita, A., Harai, H., Yoshimura, R., Kitamura, T. & Takahashi, K. (2007). Definitions of recovery and outcomes of major depression: Results from a 10-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 35-40.
- Garber, J. & Horowitz, J.L. (2002) Depression in children. In I.H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 510-540). New York: Guilford Press.
- George, C. & West, M. (2001). The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: The Adult Attachment Projective. *Attachment and Human Development*, 3, 30-61.
- Gerlsma, C. & Luteijn, F. (2000). Attachment style in the context of clinical and health psychology: A proposal for the assessment of valence, incongruence, and accessibility of attachment representations in various working models. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 15-34.
- Gitlin, M.J. (2002). Pharmacological treatment of depression. In I.H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression* (pp. 360-382). New York: Guilford Press.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. & Blackburn, I.-M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.
- Goldney, R.D. & Fisher, L.J. (2004). Double depression in an Australian population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 921-926.
- Goodman, S.H. (2002). Depression and early adverse experiences. In I.H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression* (pp. 245-267). New York: Guilford Press.
- Gotlib, I.H. & Hammen, C.L. (1992). *Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration*. Chichester: Wiley.
- Gotlib, I.H. & Hammen, C.L. (2002). Introduction. In I.H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 1-20). New York: Guilford Press.
- Graham, Y.P., Heim, C., Goodman, S.H., Miller, A.H. & Nemeroff, C.B. (1999). The effects of neonatal stress on brain development: implications for psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11, 545-565.
- Graham, J.W. & Schafer, J.L. (1999). On the performance of Multiple Imputation for multivariate data with small sample size. In H. Hoyle (Ed.), *Statistical strategies for small sample research* (pp. 1-29).
- Grau, I. (1999). Skalen zur Erfassung von Bindungsrepräsentationen in Paarbeziehungen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 20, 142-152.

- Grau, I., Clashaussen, U. & Höger, D. (2003). Der „Bindungsfragebogen“ von Grau und der „Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen“ von Höger und Buschkämper im Vergleich. *Psychology Science*, 45, Supplement III, 41-60.
- Grau, I. & Doll, J. (2003). Effects of attachment styles on the experience of equity in heterosexual couples relationships. *Experimental Psychology*, 50, 298-310.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Griffin, D. & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, (3), 430-445.
- Groen, G. & Petermann, F. (2002). *Depressive Kinder und Jugendliche*. Göttingen: Hogrefe.
- Grossmann, K. & Grossmann, K.E. (2004). *Bindungen: Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hamilton, C. E. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Development*, 71, 690-694.
- Hammen, C. (1999). *Depression: Erscheinungsformen und Behandlung*. Bern: Huber.
- Hankin, B.L., Fraley, R.C., Lahey, B.B. & Waldman, I.D. (2005). Is depression best viewed as a continuum or discrete category? A taxometric analysis of childhood and adolescent depression in a population-based sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 96-110.
- Hankin, B.L., Kassel, J.D. & Abela, J.R.Z. (2005). Adult attachment dimensions and specificity of emotional distress symptoms: Prospective investigations of cognitive risk and interpersonal stress generation as mediating mechanisms. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 136-151.
- Harkness, K.L., Bagby, R.M., Joffe, R.T. & Levitt, A. (2002). Major depression, chronic minor depression and the five-factor model of personality. *European Journal of Personality*, 16, 271-281.
- Harringsma, R., Engels, G.I., Beekman, A.T.F. & Spinhoven, P. (2004). The criterion validity of the Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D) in a sample of self-referred elders with depressive symptomatology. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 558-563.
- Harris, T. & Bifulco, A. (1993). Loss of parent in childhood, attachment style, and depression in adulthood. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 234-267). London: Routledge.
- Harter, S. (2006). Self-processes and development psychology. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology* (pp. 370-418). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Hautzinger, M. (1998). *Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (2002). ADS Allgemeine Depressions Skala. In E. Brähler, J. Schumacher & B. Strauß (Hrsg.), *Diagnostische verfahren in der Psychotherapie* (S. 25-27). Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressions Skala*. Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M., De Jong-Meyer, R., Treiber, R., Rudolf, G.A.E. & Thien, U. (1996). Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und deren Kombination bei nicht-endogenen, unipolaren Depressionen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25, 130-145.
- Hayes, R.D., Wells, K.B., Sherbourne, C.D., Rogers, W. & Spritzer, K. (1995). Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 52, 11-19.
- Hazan, C. & Shaver, Ph. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Heim, C., Newport, J., Heit, S., Graham, Y., Wilcox, M., Bonsall, R., Miller, A. & Nemeroff, C. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in in woman after sexual and physical abuse in childhood. *Journal of the American Medical Association*, 284, 592-597.

- Hermanns, N., Kulzer, B., Krichbaum, M., Kubiak, T. & Haak, T. (2006). How to screen for depression and emotional problems in patients with diabetes: Comparison of screening characteristics of depression questionnaires, measurement of diabetic-specific emotional problems and standard clinical assessment. *Diabetologia*, 49, 469-477.
- Herwig, J.E., Wirtz, M. & Bengel, J. (2004). Depression, partnership, social support, and parenting: Interaction of maternal factors with behavioral problems of the child. *Journal of Affective Disorders*, 80, 199-208.
- Hesse, E. (1999). The Adult Attachment Interview: Historical and current perspectives. In J. Cassidy & Ph.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 395-433). New York: Guilford Press.
- Höger, D. (2002). Fragebögen zur Erfassung von Bindungsstilen. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung: Theorien, Methoden, Ergebnisse* (S. 94-117). Stuttgart: Schattauer.
- Höger, D. & Buschkämper, S. (2002). Der Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen: Ein alternativer Vorschlag zur Operationalisierung von Bindungsmustern mittels Fragebögen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 23, 83-98.
- Höger, D., Stöbel-Richter, H. & Brähler, E. (2008). Reanalyse des Bielefelder Fragebogens zu Partnerschaftserwartungen (BFPE). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58, 284-294.
- Höger, D., & Wissemann, N. (1999). Zur Wirkungsweise des Faktors Beziehung in der Gesprächspsychotherapie: Eine empirische Studie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 47(4), 374-385.
- Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Evans, M.D. & Wiemer, M. J. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry*, 49, 774-781.
- Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Shelton, R.C., Amsterdam, J.D., Salomon, R.M., O'Reardon, J.P., Lovett, M.L., Young, P.R., Haman, K.L., Freeman, B.B. & Gallopp, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422.
- Holmes, S.E. & Kivlighan, D.M. (2000). Comparison of therapeutic factors in group and individual treatment processes. *Journal of Counselling Psychology*, 47, 478-484.
- Holtzworth-Munroe, A., Stuart, G. & Hutchinson, G. (1997). Violent versus non-violent husbands: Differences in attachment patterns, dependency, and jealousy. *Journal of Family Psychology*, 11, 314-331.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E. & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 549-560.
- Howell, C.A., Turnbull, D.A., Beilby, J.J., Marshall, C.A., Briggs, N. & Newbury, W.L. (2008). Preventing relapse of depression in primary care: A pilot study of the "Keeping the blues away" program. *Medical Journal of Australia*, 18 (Suppl. 12), 138-141.
- Hu, L.-T. & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit-indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Hyde, J.S., Mezulis, A.H. & Abramson, L.Y. (2008). The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*, 115, 291-313.
- Imel, Z.E., Malterer, M.B., McKay, K.M. & Wampold, B.E., (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*, 110, 197-206.

- Ingram, R.E., Miranda, J. & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guilford Press.
- Ingram, R.E. & Siegel, G.J. (2002). Contemporary methodological issues in the study of depression. In I.H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 86-114). New York: Guilford Press.
- Jackson, S.W. (1986). *Melancholia and depression: From Hippocratic times to modern times*. New Haven: Yale University Press.
- Jacobi, F., Höfler, M., Meister, W. & Wittchen, H.-U. (2002). Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. *Nervenarzt*, 73, 651-658.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. & Lieb, R. (2004). Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- Jacobson, E. (1971). *Depression*. New York: International University press.
- Jacobson, N.S. & Hollon, S.D. (1996). Cognitive behavior therapy vs. pharmacotherapy: Now that the jury's returned its verdict, it's time to present the rest of evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 74-80.
- Jacobvitz, D., Curran, M. & Moller, N. (2002). Measurement of adult attachment : The place of self-report and interview methodologies. *Attachment and Human Development*, 4, 207-215.
- Jahoda, M., Lazarsfeld, P.F. & Zeisel, H. (1933). *Die Arbeitslosen von Marienthal*. Leipzig: Verlag Hirzel.
- Joiner, T.E. (2002). Depression in its interpersonal context. In I.H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 295-313). New York: Guilford Press.
- Joiner, T.E., Steer, R.A., Abramson, L.Y., Alloy, L.B., Metalsky, G.I. & Schmidt, N.B. (2001). Hopelessness depression as a distinct dimension of depressive symptoms among clinical and nonclinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 523-536.
- Jöreskog, K.G. & Sörbom, D. (2004). *LISREL 8.7 for Windows* [Computer Software]. Lincolnwood: Scientific Software International.
- Judd, L.L., Akiskal, H.S., Hagop, S., Maser, J.D., Zeller, P.J., Endicott, J., Coryell, W., Paulus, M., Kunovac, J.L., Leon, A.C., Maser, J.D., Mueller, T.I., Rice, J.P. & Keller, M.B. (1998). A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 694-700.
- Kahlbaum, K.L. (1863). *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen*. Danzig: Kafemann.
- Kanninen, K., Salo, J. & Punamäki, R.-L. (2000). Attachment patterns and working alliance in trauma therapy for victims of political violence. *Psychotherapy Research*, 10, 435-449.
- Keller, F. (1997). *Belastende Lebensereignisse und der Verlauf von Depressionen*. Münster: Waxmann.
- Keller, M.B. & Boland, R.J. (1998). Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar Major Depression. *Biological Psychiatry*, 44, 348-360.
- Kessler, R.C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191-214.
- Kessler, R.C. (2002). Epidemiology of depression. In I.H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 23-42). New York: Guilford Press.
- Kessler, R.C., Foster, C.L., Saunders, W.B., Stang, P.E. & Walters, E.E. (1997). The social consequences of psychiatric disorders I: Educational attainment. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1026-1032.



- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Nelson, C.B., Hughes, M., Swartz, M. & Blazer, D.G. (1994). Sex and depression in the National Comorbidity Survey. 2. Cohort effects. *Journal of Affective Disorders*, 30, 15-26.
- Kessler, R.C. & Walters, E.E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R Major Depression and Minor Depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety*, 7, 3-14.
- Kirchmann, H., Fenner, A. & Strauß, B. (2007). Konvergenz des Erwachsenen-Bindungsprototypen-Ratings (EBPR) mit verschiedenen Selbstbeschreibungsinstrumenten zur Erfassung von Bindungsmerkmalen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57, 334-342.
- Kirchmann, H. & Strauß, B. (2008). Methoden zur Erhebung von Bindungsmerkmalen. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1, 293-327.
- Kirsch, I., Deacon, B.J., Huedo-Medina, T.B., Scoboria, A., Moore, T.J. & Johnson, B.T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the food and drug administration. *Plos Medicine*, 5, e45. doi:10.1371/journal.pmed.0050045.
- Klein, D.N., Schwartz, J.E., Rose, S. & Leader, J.B. (2000). Five-year course and outcome of dysthymic disorder. A prospective, naturalistic follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 931-939.
- Klerman, G.L. & Weissman, M.M. (1989). Increasing rates of depression. *Journal of the American Medical Association*, 261, 2229-2235.
- Knäuper, B. & Wittchen, H.-U. (1995). Epidemiologie der Major Depression: Nehmen depressive Erkrankungen zu? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 8-21.
- Köhler, L. (1997). Bindungsforschung und Bindungstheorie aus der Sicht der Psychoanalyse. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 67-85). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Köhler, T. (1999). *Affektive Störungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kraepelin, E. (1909). *Allgemeine Psychiatrie*. Leipzig: Barth.
- Krones, T., Basler, H.-D. & Zoll, R. (2000). Depression bei älteren Arbeitsmigranten und -migrantinnen: Die Allgemeine Depressionsskala/Center for Epidemiological-Studies-Depression Scale (ADS-K-Skala/CES-D-Skala) im interkulturellen Vergleich. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 9, 157-165.
- Kupfer, D.J., Frank, E., Perel, J.M., Cornes, C., Mallinger, A.G., Thase, M.E., McEachran, A.B. & Grochocinski, V.J. (1992). Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry* 49, 769-773.
- Kurdek, L.A. (2002). On being insecure about the assessment of attachment styles. *Journal of Social and Personal Relationships*, 19, 811-834.
- Kwon, P. & Lemon, K.E. (2000). Attributional style and defense mechanisms: A synthesis of cognitive and psychodynamic factors in depression. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 723-735.
- Levy, K.N., Meehan, K.B., Clarkin, J.F., Kernberg, O.F., Kelly, K.M., Reynoso, J.S. & Weber, M. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1027-1040.
- Lawson, D.M., Barnes, A.D., Madkins, J.P. & Francois-Lamonte, B.M. (2006). Changes in male partner abuser attachment styles in group treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 232-237.
- Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioral approach to depression. In R.J. Friedman & M.M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. New York: Winston-Wiley.

- Lewinsohn, P.M. & Essau, C.A. (2002). Depression in adolescence. In I.H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 541-559). New York: Guilford Press.
- Lewinsohn, P.M. & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 261-268.
- Lewinsohn, P.M. & Libet, J. (1972). Pleasant events, activity schedules, and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 291-295.
- Lewinsohn, P.M., Mischel, W., Chaplin, W. & Barton, R. (1980). Social competence and depression: The role of illusory self-perceptions. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 203-212.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Seeley, J.R. & Fischer, S.A. (1993). Age cohort changes in the lifetime occurrence of depression and other mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 110-120.
- Lewinsohn, P.M., Sullivan, J.M. & Grosscup, S.J. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Research and Practice*, 17, 322-334.
- Lewis, M., Feiring, C. & Rosenthal, S. (2000). Attachment over time. *Child Development*, 71, 707-720.
- Little, R.J.A. & Rubin, D.B. (1987). *Statistical analysis with missing data*. New York: Wiley.
- Lopez, F.G. & Gormley, B. (2002). Stability and change in adult attachment style over the first-year college transition: Relations to self-confidence, coping, and distress patterns. *Journal of Consulting Psychology*, 49, 355-364.
- Lucas-Thompson, R. & Clarke-Stewart, K.A. (2007). Forecasting friendship: How marital quality, maternal mood, and attachment security are linked to children's peer relationships. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28, 499-514.
- Luyten, P., Blatt, S.J. & Corveleyn, J. (2005). Epilogue: Towards integration in the theory and treatment of depression? The time is now. In J. Corveleyn, P. Luyten, S.J. Blatt (Eds.), *The theory and treatment of depression: Towards a dynamic interactionism model* (pp. 253-284). Leuven: Leuven University Press.
- MacGillivray, S., Arroll, B., Hatcher, S., Ogston, S., Reid, I., Sullivan, F., Williams, B. & Crombie, I. (2003). Efficacy and tolerability of selective serotonin reuptake inhibitors compared with tricyclic antidepressants in depression treated in primary care: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 326, 1014, doi:10.1136/bmj.326.7397.1014.
- Maier, W., Gänssicke, M. & Weiffenbach, O. (1997). The relationship between major and subthreshold variants of unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 45, 41-51.
- Maier-Diewald, W., Wittchen, H.-U., Hecht, H. & Werner-Eilert, K. (1983). *Die Münchner Ereignisliste (MEL): Anwendungsmanual*. Unpubliziertes Manuskript, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München.
- Main, M. (1993). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. Multiple (incoherent) model of attachment: Findings and directions for future research. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 127-159). London: Routledge.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, Serial No.209), 66-104.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-organized/disoriented attachment pattern. In T.B. Brazelton & M. Yogman (Eds.), *Affective Development in Infancy* (S. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.
- Mallinckrodt, B. (2000). Attachment, social competencies, social support, and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10, 239-266.

- Martin, J.K., Blum, T.C., Beach, S.R.H. & Roman, P.M. (1996). Subclinical depression and performance at work. *Social Psychiatry*, 31, 3-9.
- Mazure, C.M. (1998). Life stressors as risk factors in depression. *Clinical psychology, Science and Practice*, 5, 291-313.
- McBride, C., Atkinson, L. & Quilty, L.C. (2006). Attachment as moderator of treatment outcome in Major Depression: A randomized control trial of Interpersonal Psychotherapy versus Cognitive Behavior Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1041-1054.
- McDermut, W., Miller, I.W. & Brown, R.A. (2001). The efficacy of group psychotherapy for depression: A meta-analysis and review of the empirical research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 98-116.
- McElwain, N.L., Cox, M.J., Burchinal, M.R. & Macfie, J. (2003). Differentiating among insecure mother-infant attachment classifications: A focus on child-friend interaction and exploration during solitary play at 36 months. *Attachment and Human Development*, 5, 136-164.
- McGrath, P.J., Stewart, J.W., Quitkin, F.M., Cheng, Y., Alpert, J.E., Nierenberg, A.A., Fava, M., Cheng, J. & Petkova, E. (2006). Predictors of relapse in a prospective study of fluoxetine treatment of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1542-1548.
- McMahon, C., Trapolini, T. & Barnett, B. (2008). Maternal state of mind regarding attachment predicts persistence of postnatal depression in the preschool years. *Journal of Affective Disorders*, 107, 199-203.
- Melartin, T.K., Rytšälä, H.J., Leskelä, U.S., Lestelä-Mielonen, P.S., Sokero, T. P. & Isometsä, E.T. (2005). Continuity is the main challenge in treating major depressive disorder in psychiatric care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 220-227.
- Mendelson, M. (1992). Psychodynamics. In E.S. Paykel (Ed.), *Handbook of Affective Disorders* (pp. 195-207). New York: Guilford Press.
- Mentzos, S. (1995). *Depression und Manie: Psychodynamik und Psychotherapie affektiver Störungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Meredith, P.J., Strong, J. & Feeney, J. (2007). Adult attachment variables predict depression before and after treatment for chronic pain. *European Journal of Pain*, 11, 164-170.
- Meyer, B. & Pilkonis, P.A. (2001). Attachment styles, personality disorders, and response to treatment. *Journal of Personality Disorders*, 15, 371-389.
- Mickelson, K.D., Kessler, R.C. & Shaver, P.R. (1997). Adult attachment in a national representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1092-1106.
- Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2007). Attachment, group-related processes, and psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57, 233-245.
- Miller, T.W. (1997). *Clinical disorders and stressful life events*. Madison: International Universities Press.
- Mohiyeddini, C., Hautzinger, M. & Bauer, S. (2002). Eine Latent-State-Trait-Analyse zur Bestimmung der dispositionellen und zustandsbedingten Anteile dreier Instrumente zur Erfassung von Depressionen: ADS, BDI und SDS. *Diagnostica*, 48, 12-18.
- Monroe, S.M. & Hadjiyannakis, K. (2002). The social environment and depression: Focussing on severe life stress. In I.H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 314-340). New York: Guilford Press.
- Monroe, S.M. & Simons, A.D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110, 406-425.
- Montgomery, S.A. (2001). A meta-analysis of the efficacy and tolerability of proxetine versus tricyclic antidepressants in the treatment of major depression. *International Clinical Psychopharmacology*, 16, 169-178.

- Mosheim, R., Zachhuber, U., Scharf, L., Hofmann, A., Kemmler, G., Danzl, C., Kinzl, J., Biebl, W. & Richter, R. (2000). Bindungsqualität und interpersonale Probleme von Patienten als mögliche Einflussfaktoren auf das Ergebnis stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 45, 223-229.
- Mulder, R.T., Frampton, C.M.A., Luty, S.E. & Joyce, P.R. (2008). Eighteen months of drug treatment for depression: Predicting relapse and recovery. *Journal of Affective Disorders*, 114, 263-270.
- Mundt, C., Reck, C., Backenstraß, M., Kronmüller & Fiedler (2000). Reconfirming the role of life events for the timing of depressive episodes: A two-year prospective follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 59, 23-30.
- Munoz, R.F., Le, H.-N., Clarke, G. & Jaycox, L. (2002). Preventing the onset of Major Depression. In I.H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 343-359). New York: Guilford Press.
- Murray, C.J.L. & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: Harvard University Press.
- Nachtigall, C. & Suhl, U. (2002). Regression zur Mitte: Mythos und Wirklichkeit. *Metheval Report*, 4 (2).
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2004). *Management of depression in primary and secondary care*. London: The National Collaborating Centre for Mental Health.
- Neitzel, M.T., Russel, R.L., Hemmings, K.A. & Gretter, M.L. (1987). Clinical significance of psychotherapy for unipolar depression: A meta-analytic approach to social comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 156-161.
- Nelson, G. (1982). Parental death during childhood and adult depression: Some additional data. *Social Psychiatry*, 17, 37-42.
- NICHD Early Child Care Research Network (2004). Affect dysregulation in the mother-child relationship in the toddler years: Antecedents and consequences. *Development and Psychopathology*, 16, 43-68.
- O'Connor, T.G., Heron, J., Golding, J., Beveridge, M. & Glover, V. (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years: Report from the Avon Longitudinal study of parents and children. *British Journal of Psychiatry*, 180, 502-508.
- Olfson, M., Marcus, S.C., Tedeschi, M. & Wan, G.J. (2006). Continuity of antidepressant treatment for adults with depression in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 163, 101-108.
- Overall, N.C., Fletcher, G.J.O. & Friesen, M.D. (2003). Mapping the intimate relationship mind: Comparison between three models of attachment representations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1479-1493.
- Owens, G. Crowell, J. A., Pan, H., Treboux, D., O'Connor, E. & Waters, E. (1995). The prototype hypothesis and the origins of attachment working models: Adult relationships with parents and romantic partners. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60, 216-233.
- Papakostas, G.I., Thase, M.E., Fava, M., Nelson, J.C. & Shelton, R.C. (2007). Are antidepressant drugs that combine serotonergic and noradrenergic mechanisms of action more effective than the selective serotonin reuptake inhibitors in treating Major Depressive Disorder? A meta-analysis of studies of newer agents. *Biological Psychiatry*, 62, 1217-1227.
- Parker, G. (1994). Prenatal bonding and depressive disorders. In M.B. Sperling & W.H. Berman (Eds.), *Attachment in Adults* (pp. 299-312). New York: Guilford Press.
- Paykel, E.S. (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 50-58.
- Paykel, E.S., Scott, J., Teasdale, J.D., Johnson, A.L., Garland, A., Moore, R., Jenaway, A., Cornwall, P.L., Hayhurst, H., Abbott, R. & Pope, M. (2008). Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 56, 829-835.

- Penzarella, C., Alloy, L.B. & Whitehouse, W.G. (2006). Expanded hopelessness theory of depression: On the mechanisms by which social support protects against depression. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 307-333.
- Pezawas, L., Wittchen, H.-U., Pfister, H., Angst, J., Lieb, R. & Kasper, S. (2003). Recurrent brief depressive disorder reinvestigated: A community sample of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 33, 407-418.
- Pfeffer, C.R. (1996). *Severe stress and mental disturbance in children*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Pianta, R.C., Egeland, B. & Adam, E.K. (1996). Adult attachment classification and self-reported psychiatric symptomatology as assessed by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 273-281.
- Piccinelli, M. & Wilkinson, G. (1994). Outcome of depression in psychiatric settings. *The British Journal of Psychiatry*, 164, 297-304.
- Pickens, J. & Field, T. (1993). Facial expressivity in infants of "depressed" mothers. *Developmental Psychology*, 29, 986-988.
- Pilkonis, P. (1988). Personality prototypes among depressives: Themes of dependency and autonomy. *Journal of Personality Disorders*, 2, 144-152.
- Pohl, S. & Steyer, R. (submitted). A multitrait-multimethod model with common trait factors.
- Polan, H.J. & Hofer, M.A. (1999). Psychobiological origins of infant attachment and separation responses. In J. Cassidy & Ph.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 162-180). New York: Guilford Press.
- Pollak, E., Wiegand-Grefe, S. & Höger, D. (2008). The Bielefeld attachment questionnaires: Overview and empirical results of an alternative approach to assess attachment. *Psychotherapy Research*, 18, 179-190.
- Prisciandaro, J.J. & Roberts, J.E. (2005). A taxometric investigation of unipolar depression in the national Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 718-728.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological measurement*, 3, 385-401.
- Rapaport, M.H., Judd, L.L., Schettler, P.J., Yonkers, K.A., Thase, M.E., Kupfer, D.J., Frank, E., Plewes, J.M., Tollefson, G.D. & Rush, A.J. (2002). A descriptive analysis of Minor Depression. *American Journal of Psychiatry*, 159, 637-643.
- Raskin, A., Boothe, H.H., Reatig, N.A. Schulterbrandt, J.G. & Odel, D. (1971). Factor analyses of normal and depressed patients' memories of parental behavior. *Psychological Reports*, 29, 871-879.
- Ravnikilde, B., Videbech, P., Clemmensen, K., Egander, A., Rasmussen, N.A. & Rosenberg, R. (2002). Cognitive deficits in major depression. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 239-251.
- Reck, C. (2001). *Kritische Lebensereignisse und Depression*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Reime, B. & Steiner, I. (2001). Ausgebrannt oder depressiv? Eine empirische Studie zur Konstruktvalidität von Burnout in Abgrenzung zur Depression. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51, 304-307.
- Reimherr, F.W., Strong, R.E., Marchant, B.K., Hedges, D.W. & Wender, P.H. (2001). Factors affecting return of symptoms 1 year after treatment in a 62-week controlled study of fluoxetine in Major Depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 16-23.
- Reinecke, J. (2005). *Strukturgleichungsmodelle in den Sozialwissenschaften* München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Reinecke, M.A. & Rogers, G.M. (2001). Dysfunctional attitudes and attachment style among clinically depressed adults. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 129-141.

- Reis, S. & Grenyer, B.F.S. (2004). Fearful attachment, working alliance and treatment response for individuals with Major Depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 414-424.
- Riggs, S.A., Paulson, A., Tunnell, E., Sahl, G., Atkinson, H. & Ross, C.A. (2007). Attachment, personality, and psychopathology among adult inpatients: Self-reported romantic attachment style versus Adult Attachment Interview states of mind. *Development and Psychopathology*, 19, 263-291.
- Roberts, J.E., Gotlib, I.H. & Kassel, J.D. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 310-320.
- Robinson, L.A., Berman, J.S. & Neimeyer, R.A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49.
- Roisman, G.I., Holland, A., Fortuna, K., Fraley, R.C., Clausell, E., & Clarke, A. (2007). The Adult Attachment Interview and self-reports of attachment style: An empirical rapprochement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 678-697.
- Romano, E., Tremblay, R.E., Vitaro, F., Zoccolillo, M. & Pagani, L. (2001). Prevalence of psychiatric diagnoses and the role of perceived impairment: Findings from an adolescent community sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 451-461.
- Roth, A. & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Rothbard, J. C. & Shaver, Ph. R. (1994). Continuity of attachment across the life span. In M.B. Sperling & W.H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 31-71). New York: Guilford Press.
- Rubin, D.B. (1976). Inference and missing data. *Biometrika*, 63, 581-592.
- Runkewitz, K., Kirchmann, H. & Strauß, B. (2006). Anxiety and depression in primary care patients: Predictors of symptom severity and developmental correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 445-453.
- Ruscio, J. & Ruscio, A.M. (2000). Informing the continuity controversy: A taxometric analysis of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 473-487.
- Ruvolo, A.P., Fabian, L.A. & Ruvolo, C.M. (2001). Relationship experiences and change in attachment characteristics of young adults: The role of relationship breakups and conflict avoidance. *Personal Relationships*, 8, 265-281.
- Ryder, A.G. & Bagby, R.M. (1999). Diagnostic viability of depressive personality disorder: Theoretical and conceptual issues. *Journal of Personality Disorders*, 13, 99-117.
- Safford, S.M., Alloy, L.B., Crossfield, A.G., Morocco, A.M. & Wang, J.C. (2004). The relationship of cognitive style and attachment style to depression and anxiety in young adults. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18, 25-41.
- Salize, H.J., Stamm, K., Schubert, M., Bergmann, F., Härter, M., Berger, M., Gaebel, W. & Schneider, F. (2004). Behandlungskosten von Patienten mit Depressionsdiagnose in haus- und fachärztlicher Versorgung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 31, 147-156.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schafer, J.L. & Graham, J.W. (2002). Missing data: Our view of the state of the art. *Psychological Methods*, 7, 147-177.
- Scharfe, E. (2007). Cause or consequence?: Exploring causal links between attachment and depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 1048-1064.

- Scharfe, E. & Cole, V. (2006). Stability and change of attachment representations during emerging adulthood: An examination of mediators and moderators of change. *Personal Relationships*, 13, 363-374.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H. & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Test of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8, 23-74.
- Schneider, M.L. (1992). Prenatal stress exposure alters postnatal behavioral expressions under conditions of novelty challenge in rhesus monkey infants. *Developmental Psychobiology*, 25, 529-540.
- Seiffge-Krenke, I. (2007). Depression bei Kindern und Jugendlichen: Prävalenz, Diagnostik, ätiologische Faktoren, Geschlechtsunterschiede, therapeutische Ansätze. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 185-205.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M.E.P. & Maier, S.F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1-9.
- Shapiro, D.A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G.E., Reynolds, S. & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive / behavioral and psychodynamic / interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 522-534.
- Shaver, A.B. (2006). Meta-analysis of the factor structures of four depression questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton, and Zung. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 123-146.
- Shaver, P.R., Belsky, J. & Brennan, K.A. (2000). The adult attachment interview and self-reports of romantic attachment: Associations across domains and methods. *Personal Relationships*, 7, 25-43.
- Shaver, P.R., Schachner, D.A. & Mikulincer, M. (2005). Attachment style, excessive reassurance seeking, relationship processes, and depression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 343-359.
- Shrout, P.E., Link, B.G., Dohrenwend, B.P., Skodol, A.E., Stueve, A. & Mirtznik, J. (1989). Characterizing life events as risk factors for depression: The role of fateful loss events. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 460-467.
- Siebert, R.J., Ward, T. & Hudson, S. (1995). The structure of romance: A factor-analytic examination of the Relationship Scales Questionnaire. *New Zealand Journal of Psychology*, 24, 13-20.
- Simpson, J.A., Rholes, W.S., Campbell, L. & Wilson, C.L. (2003). Changes in attachment orientations across the transition to parenthood. *Journal of Experimental Social Psychology*, 39, 317-331.
- Simpson, J.A., Rholes, W.S. & Nelligan, J.S. (1991). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 434-446.
- Simpson, J.A., Rholes, W.S., Orina, M.M. & Grich, J. (2002). Working models of attachment, support giving, and support seeking in a stressful situation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 598-608.
- Singer, H. & Hautzinger, M. (1988). Kausalattributionen, Depressivität und kritische Lebensereignisse als stochastischer Prozess. In D. Kammer & M. Hautzinger (Hrsg.), *Kognitive Depressionsforschung* (S. 42-56). Stuttgart: Huber.
- Slade, A. (1999). Attachment theory and research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. In J. Cassidy & Ph.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 575-594). New York: Guilford Press.



- Slade, T. (2007). Taxometric investigation of depression: Evidence of consistent latent structure across clinical and community samples. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 403-410.
- Slade, T. & Andrews, G. (2005). Latent structure of depression in a community sample: A taxometric analysis. *Psychological Medicine*, 35, 489-497.
- Smith, A.L. & Weissman, M.M. (1992). Epidemiology. In E.S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders* (pp. 111-129). New York: Guilford Press.
- Solomon, D.A., Keller, M.B., Leon, A.C., Mueller, T.I., Shea, M.T., Warshaw, M., Maser, J.D., Coryell, W. & Endicott, J. (1997). Recovery from Major Depression: A 10-year prospective follow-up across multiple episodes. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1001-1006.
- Spangler, G., Grossmann, K.E. & Schieche, M. (2002). Psychobiologische Grundlagen der Organisation des Bindungsverhaltenssystems im Kleinkindalter. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 49, 102-120.
- Sperling, M.B. & Lyons, L.S. (1994). Representations of attachment and psychotherapeutic change. In M.B. Sperling & W.H. Berman (Eds.), *Attachment in adults. Clinical and developmental perspectives* (pp. 331-347). New York: Guilford Press.
- Spijker, J., de Graaf, R., Bijl, R.V., Beekman, A.T.F., Ormel, J. & Nolen, W.A. (2004). Functional disability and depression in the general population: Results from the Netherlands Mental health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 208-214.
- Sroufe, L.A., Egeland, B., Carlson, E. & Collins, W.A. (2005a). *The development of the person: The Minnesota Study of Risk and Adaption from Birth to Adulthood*. New York: Guilford Press.
- Sroufe, L.A., Egeland, B., Carlson, E. & Collins, W.A. (2005b). Placing early attachment experiences in developmental context: The Minnesota Longitudinal Study. In K.E. Grossmann, K. Grossmann & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* (pp. 48-70). New York: Guilford Press.
- Steele, H. (2002). The psychodynamics of adult attachments: Bridging the gap between disparate research traditions. *Attachment and Human Development*, 4 (2).
- Steele, H., Steele, M., Croft, C. & Fonagy, P. (1999). Infant-mother attachment at one-year predicts children's understanding of mixed emotions at six years. *Social Development*, 8, 161-178.
- Steffanowski, A., Oppl, M., Meyerberg, J., Schmidt, J. Wittmann, W.W. & Nübling, R. (2001). Psychometrische Überprüfung einer deutschsprachigen Version des Relationship Scales Questionnaire (RSQ). In M. Bassler (Hrsg.), *Störungsspezifische Therapieansätze – Konzepte und Ergebnisse* (S. 320-342). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Stein, H., Dawn Kontz, A., Fonagy, P., Allen, J.G. Fultz, J. Brethour, J.R. Allen, D. & Evans, R.B. (2002). Adult attachment: What are the underlying dimensions? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75, 77-91.
- Steiner, B., Keller, F., Wolfersdorf, M., Hautzinger, M. & Hole, G. (1992). Psychosoziale Faktoren und Verlauf depressiver Erkrankungen. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 143, 507-524.
- Steinhausen, H.C. & Winkler-Metzge, C. (2003). Prevalence of affective disorders in children and adolescents: Findings from the Zurich Epidemiological Studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (Suppl. 418), 20-23.
- Steyer, R. (1992). *Theorie kausaler Regressionsmodelle*. Stuttgart: Fischer.
- Steyer, R., Eid, M. & Schwenkmezger, P. (1997). Modeling true intraindividual change: True change as a latent variable. *Methods of Psychological Research-Online*, 2, 21-33.
- Steyer, R., Ferring, D. & Schmitt, M. J. (1992). States and traits in psychological assessment. *European Journal of Psychological Assessment*, 8, 79-98.



- Steyer, R., Krambeer, S. & Hannover, W. (2004). Modeling latent trait-change. In K. Van Montfort, H. Oud & A. Satorra (Eds.), *Recent developments on structural equation modeling: Theory and applications* (pp. 337-357). Amsterdam: Kluwer Academic Press.
- Steyer, R. & Partchev, I. (2008). *EffectLite user's manual: A program for the uni- and multivariate analysis of unconditional, conditional and average mean differences among groups*. Jena: Stat-Lite.
- Steyer, R., Partchev, I., Kröhne, U., Nagengast, B. & Fiege, Ch. (2009). *Causal effects in experiments and quasi-experiments*. Book in preparation. [www.causal-effects.de](http://www.causal-effects.de).
- Steyer, R., Partchev, I. & Shanahan, M.J. (1999). Modeling true intraindividual change in structural equation models: The case of poverty and children's psychosocial adjustment. In T.D. Little, K.U. Schnabel & J. Baumert (Eds.), *Modeling longitudinal and multi-group data: Practical issues, applied approaches, and specific examples* (pp. 109-126). Hillsdale: Erlbaum.
- Steyer, R., Schmitt, M. & Eid, M. (1999). Latent state-trait theory and research in personality and individual differences. *European Journal of Personality*, 13, 389-408.
- Strauß, B. (2007). Bindung und Gruppenprozesse: Wie nützlich ist die Bindungstheorie für die Gruppenpsychotherapie? *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 43, 90-108.
- Strauß, B. (2008) *Bindung und Psychopathologie*. Stuttgart : Klett-Cotta.
- Strauß, B., Kirchmann, H., Eckert, J., Lobo-Drost, A., Marquet, A., Papenhausen, R., Mosheim, R., Biebl, W., Liebler, A., Seidler, K.-P., Schreiber-Willnow, K., Mattke, D., Mestel, R., Daudert, E., Nickel, R., Schauenburg, H., Höger, D. (2006). Attachment characteristics and treatment outcome following inpatient psychotherapy: Results of a multisite study. *Psychotherapy Research*, 16, 579-594.
- Strauß, B. & Schmidt, S. (1997). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil 2. Mögliche Implikationen der Bindungstheorie für die Psychotherapie und Psychosomatik. *Psychotherapeut*, 42, 1-16.
- Suess G.J., Grossmann K.E. & Sroufe L.A. (1992). Effects of infant attachment to mother and father on quality of adaptation in preschool: From dyadic to individual organisation of self. *International Journal of Behavior Development*, 15, 43-65.
- Suomi, S.J. (1999). Attachment in rhesus monkeys. In J. Cassidy & Ph.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 181-197). New York: Guilford Press.
- Tasca, G., Balfour, L. & Ritchie, K. (2007). The relationship between attachment scales and group therapy alliance growth differs by treatment type for women with Binge-Eating Disorder. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 11, 1-14.
- Thompson, C., Peveler, R.C., Stephenson, D. & McKendrick, J. (2000). Compliance with antidepressant medication in the treatment of major depressive disorder in primary care: A randomized comparison of fluoxetine and tricyclic antidepressant. *American Journal of Psychiatry*, 157, 338-343.
- Thompson, R.A. (1999). Early attachment and later development. In J. Cassidy & Ph. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 265-286). New York: Guilford Press.
- Travis, L.A., Binder, J.L., Bliwise, N.G. & Horne-Moyer, H.L. (2001). Changes in clients' attachment styles over the course of time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 38, 149-159.
- Tsai, J.L. & Chentsova-Dutton, Y. (2002). Understanding depression across cultures. In I.H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 467-491). New York: Guilford Press.
- Turner, E.H., Matthews, A.M., Linardatos, E., Tell, R.A. & Rosenthal, R. (2008). Selective publication of antidepressant trials and its influence of apparent efficacy. *New England Journal of Medicine*, 358, 252-260.

- van den Boom, D. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower class mothers with irritable infants. *Child Development*, 65, 1457-1477.
- van IJzendoorn, M.H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.
- van IJzendoorn, M.H., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 8-21.
- van IJzendoorn, M.H. & Kroonberg, P.M. (1988). Cross-cultural patterns of attachment: A meta-analysis of the Strange Situation. *Child Development*, 59, 147-156.
- van IJzendoorn, M.H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.
- Vittengl, J.R., Clark, L.A., Dunn, T.W. & Jarrett, R.B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 475-488.
- von Arx-Wörth, N. & Hautzinger, M. (1995). Soziale Unterstützung und Depression. In R. Nimgel & W. Funke (Hrsg.), *Soziale Netze in der Praxis* (S. 230-242). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- von Brandenstein, B. (1973). Kausalität. In H. Krings & H. M Baumgartner (Hrsg.), *Handbuch philosophischer Grundbegriffe* (S. 779-791). München: Kösel.
- Waller, N.G. & Meehl, P.E. (1998). *Multivariate taxometric procedures: Distinguishing types from continua*. Newbury Park: Sage Publications.
- Wampler, K., Riggs, B. & Kimball, T.G. (2004). Observing attachment behavior in couples: The Adult Attachment Behavior Q-Set (AABQ). *Family Process*, 43, 315-335.
- Wancata, J., Alexandrowicz, R., Marquart, B., Weiss, M. & Friedrich, F. (2006). The criterion validity of the Geriatric Depression Scale: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 398-410.
- Warren, S.L., Huston, L., Egeland, B. & Sroufe, L.A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 637-644.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J. & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development*, 71, 684-689.
- Wei, M., Heppner, P.P., Russell, D.W. & Young, S.K. (2006). Maladaptive perfectionism and ineffective coping as mediators between attachment and future depression: A prospective analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 67-79.
- Wei, M., Mallinckrodt, B., Russel, D.W. & Abraham, W.T. (2004). Maladaptive perfectionism as a mediator and moderator between adult attachment and depressive mood. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 201-212.
- Wei, M., Vogel, D.L., Ku, T.-Y. & Zakalik, R.A. (2005). Adult attachment, affect regulation, negative mood, and interpersonal problems: The mediating roles of emotional reactivity and emotional Cutoff. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 14-24.
- Weinberg, M.K. & Tronick, E.Z. (1998). The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 53-61.
- West, M. & George, C. (2002). Attachment and dysthymia: The contributions of preoccupied attachment and agency of self to depression in women. *Attachment and Human Development*, 3, 278-293.

- West, M. & Keller, A. (1994). Psychotherapy strategies for insecure attachment in personality disorders. In M.B. Sperling & W.H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 313-330). New York: Guilford Press.
- WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 413-426.
- Williams, N.L. & Riskind, J.H. (2004). Adult romantic attachment and cognitive vulnerabilities to anxiety and depression: Examining the interpersonal basis of vulnerability models. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 18, 7-24.
- Wittchen, H.-U., Essau, C.A., Hecht, H., Teder, W. & Pfister, H. (1989). Reliability of life event assessments: Test-retest reliability and fall-off effects of the Munich Interview for the assessment of life events and conditions. *Journal of Affective Disorders*, 16, 77-91.
- Wittchen, H.-U. & Perkonig, A. (1996). Epidemiologie psychischer Störungen. In A. Ehlers & K. Hahlweg (Hrsg.), *Grundlagen der Klinischen Psychologie* (S. 69-144). (*Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich D: Praxisgebiete., Serie 2: Klinische Psychologie, Bd.1.*) Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2006). Epidemiologie. In G. Stoppe, A. Bramesfeld & F.-W. Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven* (S. 15-37). Berlin: Springer.
- Youngren, M.A. & Lewinsohn, P.M. (1980). The functional relation between depression and problematic interpersonal behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 333-341.
- Zeiss, A.M. (2006). The theoretical implications of research findings on adolescent depression: Implications for Lewinsohn's Integrative Model of Depression and for a lifespan developmental theory of depression. In C.A. Essau (Ed.), *Child and adolescent psychopathology: Theoretical and clinical implications* (pp. 140-159). New York: Routledge, Taylor & Francis.
- Ziegenhain, U. (2001). Sichere mentale Bindungsmodelle. In G. Gloger-Tippelt (Hg.), *Bindung im Erwachsenenalter: Ein Handbuch für Forschung und Praxis* (S. 154-173). Göttingen: Verlag Hans Huber.
- Zimmermann, P. & Becker-Stoll, F. (2002). Stability of attachment representations during adolescence: The influence of ego-identity status. *Journal of Adolescence*, 25, 107-124.
- Zimmermann, P., Spangler, G., Schieche, M. & Becker-Stoll, F. (1997). Bindung im Lebenslauf: Determinanten, Kontinuität, Konsequenzen und künftige Perspektiven. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 311-332). Stuttgart: Klett-Cotta.

## 9 Anhang

### 9.1 Psychoanalytische Erklärungsansätze depressiver Störungen

*Die psychoanalytisch-psychodynamischen Erklärungsansätze* depressiver Störungen sind mit den Namen verschiedener Autoren verbunden (z. B. Freud, Abraham, Bibring, Jacobson, Blatt), die im Rahmen des psychoanalytischen Theoriengeflechtes jeweils unterschiedliche Schwerpunktsetzungen vornahmen (vgl. für einen Überblick Mendelson, 1992; Mentzos, 1995). Die jeweiligen theoretischen Entwürfe der Autoren sind weitgehend kompatibel und aufeinander bezogen, wurden jedoch nur spärlich systematisch empirisch erforscht, sondern zumeist lediglich durch Einzelfallberichte belegt. Auf Freud (1914) geht das Konzept der Wendung der Aggression gegen das Selbst zurück, wonach zu Melancholie (eindeutig reaktive, psychotische Aspekte aufweisende Depressionsformen) neigende Personen mit Libido besetzte Objekte introjizieren bzw. sich mit Aspekten des Objektes identifizieren (d. h. in beiden Fällen sie zu einem Teil der Selbstdefinition machen) und nach einem Verlust oder nach ablehnendem Verhalten des Objektes die durch den Verlust oder die Ablehnung hervorgerufenen Aggressionen nun gegen sich selbst (das Ich) wenden, was den Kern der Entwicklung depressiver Symptomatik ausmache. Abraham (1924) erklärte die Tendenz Depressiver zur Introjektion und Identifikation mit libidinös besetzten Objekten – neben konstitutionellen Aspekten – durch frühkindliche orale Frustration (Versagung genügender oraler Befriedigung z. B. durch frühzeitiges Abstillen) und einer damit verbundenen oralen Fixierung und des weiteren durch frühe (präödpale) Erfahrungen unzureichend liebevollen Verhaltens oder des Verlustes einer primären Bezugsperson. Die Schwerpunktsetzung der depressionsbezogenen psychoanalytischen Theorienbildung auf eine grundsätzlichen Selbstwertproblematik und damit die Betonung der Relevanz auch späterer psychosexueller Entwicklungsphasen, die jeweils mit spezifischen selbstwertrelevanten Thematiken verbunden sind (anale Phase: gut und liebenswert sein; phallische Phase: stark und überlegen sein) geht in erster Linie auf Bibring (1952, 1953) zurück. Nach Bibring entstehen Depressionen allgemein durch narzisstische Kränkungen, d.h. durch Situationen in denen die Person eine Diskrepanz zwischen ihren den psychosexuellen Phasen zuordenbaren selbstwertrelevanten Ansprüchen (geliebt werden, moralisch gut sein, stark sein) und ihren Selbsteinschätzungen erlebt. Sind solche narzisstischen Kränkungen häufig oder fallen sie sehr stark aus, kann es zu Hilflosigkeit, einer Dekompensation des Selbstwertes und damit verbundenen depressiven Störungen kommen. Jacobson (1971) entwickelte unter einer ich-psychologischen bzw. objektbeziehungstheoretischen Perspektive differenzierte Vorstellung zur Entwicklung und Beeinflussung des Selbstwertes.

Nach Jacobson wird das „Selbst“ einer Person (die innerpsychischen Repräsentationen einer Person über sich selbst im Gegensatz zu Vorstellungen über andere Personen und Dinge) im Verlauf der Kindheit aus einem zunächst die Außenwelt und die eigene Person nicht differenzierenden, amorphen Erlebensstrom durch einen Lernprozess insbesondere in Interaktion mit der Mutter herausgebildet. Dieser Lernprozess beinhaltet den Aufbau einer inneren Repräsentationswelt, die es ermöglicht, Wahrnehmungen zu Objekten zuzuordnen und diese Objekte libidinös (positiv) oder aggressiv (negativ) zu besetzen (mit festen affektiven Bewertungen versehen). Unter günstigen Bedingungen – im Falle liebevoller Eltern und tolerierbarer Frustrationen – entwickelt ein Kind libidinös besetzte Selbst-Repräsentanzen, die von anderen Menschen und Objekten unterschieden sind. Erfährt das Kind dagegen unvorhersehbares oder an Bedingungen geknüpftes liebevolles Verhalten oder gar Vernachlässigung, harte Bestrafungen oder Missbrauch, so werden aggressiv besetzte Selbst-Repräsentanzen ausgebildet bzw. ein rigides Über-Ich sowie ein überhöhtes Ich-Ideal (unrealistisch überhöhte Erwartungen an die eigene Person), so dass Misserfolgsempfindungen und nachfolgende unbarmherzige Selbstbeschuldigungen sowie Gefühle völliger Wertlosigkeit leicht eintreten. Abschließend soll auf den Ansatz von Blatt (1974) hingewiesen werden, der eine Unterscheidung zwischen anaklitischer und introjektiver Depression einführt und systematisch empirisch untersucht. Während eine anaklitische Depressionen auf einer frühen Beeinträchtigung der Mutter-Kind-Symbiose beruht und sich in der ausgeprägten Angst zeigt, nicht geliebt sondern verlassen zu werden, hat die introjektive Depression ihre Wurzeln in späteren Kindheitsphasen und ist mit ausgesprochen perfektionistischen und selbstkritischen Tendenzen verbunden.

Da die dargestellten psychoanalytisch-psychodynamischen Annahmen – mit Ausnahme des Ansatzes von Blatt – bislang nicht systematisch empirisch untersucht wurden, kann ihnen aus naturwissenschaftlicher Perspektive streng genommen lediglich ein heuristischer Wert beigemessen werden. Die Tatsache, dass psychodynamische Therapien (zumindest kurzfristig) über mehrere Metaanalysen hinweg vergleichbar erfolgreich wie die Kognitive oder die Interpersonale Therapie abschnitten, kann – wie bereits bei der Bewertung des lerntheoretischen Modells ausgeführt – aufgrund der fehlenden Äquivalenzbeziehung zwischen psychotherapeutischem Modell und psychotherapeutischem Angebot nicht als klarer Beleg für die Gültigkeit der psychodynamischen Annahmen gewertet werden.

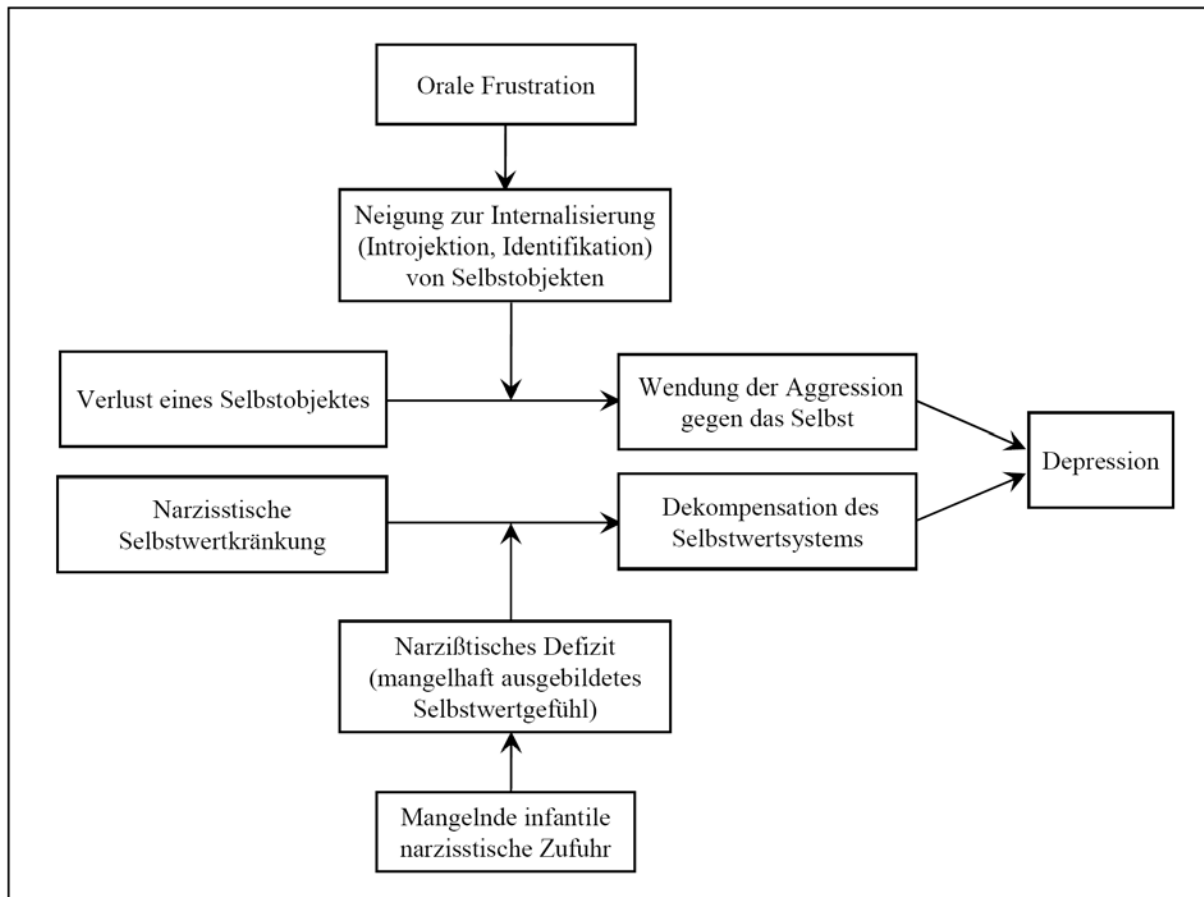


Abb.: Vereinfachte Pfaddiagrammdarstellung der psychoanalytisch-psychodynamischen Depressionstheorien

## 9.2 Informationsblatt für die Patientengruppe zum Beginn der Behandlung

### FRIEDRICH-SCHILLER-UNIVERSITÄT JENA

Institut für Medizinische Psychologie  
 Institutsdirektor: Prof. Dr. phil. habil. Bernhard Strauß  
 Projektleiter: Dipl.-Psych. Helmut Kirchmann



### Patienteninformation

(zur Mitnahme)

#### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient !

Ihre Meinungen, Einstellungen und Verhaltensweisen sind für uns von großem Interesse. In Zusammenarbeit mit Ihrer Klinik führen Psychologen der Universität Jena ein wissenschaftliches Forschungsprojekt durch, in dem der Verlauf depressiver Beschwerden sowie verschiedener Einstellungen und Verhaltensweisen untersucht werden soll.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung sollen Anhaltspunkte dafür liefern, welche seelischen Ursachen depressive Beschwerden haben und wie psychotherapeutische Behandlungen verbessert werden können.

Hierfür ist es nötig, zu mehreren Zeitpunkten **Angaben von Patienten sowohl mit als auch ohne depressive Beschwerden** zu erhalten, um einerseits Personenunterschiede, andererseits den Verlauf depressiver Beschwerden betrachten zu können. Daher möchten wir Sie bitten, an allen **4 geplanten Erhebungszeitpunkten** teilzunehmen:

1. Erhebungszeitpunkt: zu Beginn der Psychotherapie
2. Erhebungszeitpunkt: etwa in der Mitte der Behandlung
3. Erhebungszeitpunkt: kurz vor Ihrer Entlassung aus der Klinik
4. Erhebungszeitpunkt: 9-12 Monate nach Ihrer Entlassung aus der Klinik (Postzusendung)

***Bitte helfen Sie durch Ihre Teilnahme an dieser Untersuchung mit, depressive Beschwerden besser verstehen und behandeln zu können.***

Hierzu bitten wir Sie, sich zu jedem Erhebungszeitpunkt jeweils etwa eine Stunde Zeit zu nehmen und einen Fragebogen zu beantworten.

Die Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig, es entstehen Ihnen keinerlei Nachteile, wenn Sie sich nicht zu einer Mitarbeit bereit erklären oder die Untersuchung abbrechen.

#### • **Datenschutz/ Anonymität (nach § 3 BDSG)**

Damit Sie später auf dem Postweg einen Fragebogen erhalten und die Fragebögen, die eine Person ausfüllt, einander auch zugeordnet werden können, ist es erforderlich, dass Sie unserem Forschungsinstitut Ihren Namen und Ihre Anschrift mitteilen. Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie, dies **getrennt** zu tun: Auf der Einwilligungserklärung geben Sie bitte Ihren Namen, Ihr Alter und Ihre Anschrift an; auf dem Fragebogen bitte nur Ihren Namen und Ihr Geburtsjahr! **Wir versichern Ihnen, entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz (§ 3 BDSG), Ihre persönlichen Angaben, die Sie in diesem Fragebogen machen, an niemanden weiterzugeben. Nach Ablauf der Studie werden Ihre personenbezogenen Daten (Name, Anschrift) vernichtet.**

Diese Untersuchung verläuft auch gegenüber Ihrer Klinik völlig anonym! Weder die Therapeuten noch das Pflegepersonal bekommen Einblick in Ihre Antworten, ausser Sie wünschen das selbst ausdrücklich und kreuzen das entsprechende Feld am Ende des Fragebogens an. Nur in diesem Fall erhält dann Ihr/e Therapeut/in eine Rückmeldung über Ihre Angaben im jeweiligen Fragebogen.

◆ Besuchsadresse/  
 Lieferanschrift:  
 Stoysstr. 3

Briefadresse:  
 Postfach  
 07740 Jena

Paketadresse:  
 Paketausgabe:  
 Stoysstr. 3  
 07743 Jena

**Bei Fragen zu dieser Untersuchung:**  
 Telefon: (0 36 41) 9-367 00  
 Telefax: (0 36 41) 9-365 46  
 e-mail: helmut.kirchmann@uni-jena.de

### 9.3 Einverständniserklärung der Untersuchungsteilnehmer

#### FRIEDRICH-SCHILLER-UNIVERSITÄT JENA

Institut für Medizinische Psychologie  
Institutsdirektor: Prof. Dr. phil. habil. Bernhard Strauß  
Projektleiter: Dipl.-Psych. Helmut Kirchmann



#### Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich mit der Teilnahme an der Studie **Verlaufsuntersuchung depressiver Beschwerden** einverstanden. Über Ablauf und Ziele der Untersuchung bin ich schriftlich durch ein Informationsblatt aufgeklärt worden. Mir wurde zugesichert, dass meine persönlichen Daten entsprechend den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes behandelt werden.

Durch die Teilnahme an der Studie entstehen mir keinerlei Verpflichtungen. Ich habe jederzeit die Möglichkeit und das Recht, die Teilnahme an der Untersuchung abzubrechen.

Name: .....

Vorname: .....

Geboren am: .....

Anschrift:

Strasse/ Nummer: .....

Postleitzahl: .....

Wohnort: .....

Datum/ Unterschrift

Ihre Code-Nummer:  
(muss nicht gemerkt werden)

**Bitte stecken Sie die ausgefüllte Einverständniserklärung in den weißen Umschlag!**

◆ Besuchsadresse/  
Lieferanschrift:  
Stoistr. 3

Briefadresse:  
Postfach  
07740 Jena

Paketadresse:  
Paketausgabe:  
Stoistr. 3  
07743 Jena

Bei Fragen zu dieser Untersuchung:  
Telefon: (0 36 41) 9-367 00  
Telefax: (0 36 41) 9-365 46  
e-mail: [helmut.kirchmann@uni-jena.de](mailto:helmut.kirchmann@uni-jena.de)



## 9.4 Fragebogenformat des Bielefelder Fragebogens zu Partnerschaftserwartungen (BFPE)

Im Folgenden werden Sie nach Ihren Erwartungen gefragt, die Sie in bezug auf Ihren Partner bzw. Ihre Partnerin haben: Was Sie sich von ihm oder ihr wünschen oder auch befürchten, mit welchen Reaktionen Sie auch bei sich selbst rechnen usw.

Bitte lesen Sie die folgenden Aussagen, die Menschen in diesem Zusammenhang durch den Kopf gehen könnten, und kreuzen Sie jeweils diejenige Antwortmöglichkeit an, die in den letzten 7 Tagen am ehesten für Sie zutrifft.

*Leben Sie zur Zeit nicht in einer Partnerbeziehung, dann füllen Sie bitte den Fragebogen dahingehend aus, was auf Sie am ehesten in einer Partnerschaft zutreffen würde.*

trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft etwas zu	trifft überwiegend zu	trifft genau zu
0	1	2	3	4

1. Ich möchte eine Partnerschaft haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. An sich fällt es mir leicht, mit meinem Partner/ meiner Partnerin über das zu sprechen, was in mir vorgeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Manchmal kommt mir der Gedanke, dass es meinem Partner/ meiner Partnerin zu viel sein könnte, mich so wie ich bin zu ertragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Der Gedanke, mein Partner/ meine Partnerin könnte mich tiefergehend auf meine Gefühle ansprechen, ist mir eher unangenehm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bei aller Zuneigung, ein Rest von Distanz meinem Partner/ meiner Partnerin gegenüber bleibt von mir aus eigentlich immer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wenn ich mich über meinen Partner/ meine Partnerin ärgere, hüte ich mich davor, es ihm/ ihr zu zeigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Es fällt mir leicht, gegenüber meinem Partner/ meiner Partnerin über meine Gefühle zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wenn sich mein Partner/ meine Partnerin einmal nicht genug um mich kümmert, bedrückt mich das sehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich befürchte, dass mein Partner/ meine Partnerin auf Distanz zu mir gehen könnte, wenn er/ sie wüßte, was wirklich in mir vorgeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Im Gespräch mit meinem Partner/ meiner Partnerin rede ich lieber über sachliche Themen als über persönliche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vor allem wenn es mir schlecht geht, bin ich sehr darauf angewiesen, dass mein Partner/ meine Partnerin sich mir besonders zuwendet und auf mich eingeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wenn mich mein Partner/ meine Partnerin auf meine Gefühle anspricht, weiß ich öfters nicht recht, was ich sagen soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich fürchte, dass mein großes Bedürfnis nach Zuwendung meinem Partner/ meiner Partnerin zu viel werden könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wenn ich von meinem Partner/ meiner Partnerin getrennt bin (Reise, beruflich bedingt usw.), macht mich das unruhig und nervös.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich kann mich meinem Partner/ meiner Partnerin gegenüber leicht öffnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bei der Trennung von meinem Partner/ meiner Partnerin würde für mich eine Welt zusammenbrechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Wenn mein Partner/ meine Partnerin liebevoll zu mir ist, können mir schon mal Zweifel kommen, ob er/ sie das auch wirklich so meint.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ehrlich gesagt: am liebsten wäre es mir, wenn sich mein Partner/ meine Partnerin möglichst viel Zeit nur für mich nehmen und sich fast ausschließlich um mich kümmern würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mich kann Kummer so sehr lähmen, dass mein Partner/ meine Partnerin dann auf mich zugehen und mir weiterhelfen müsste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Mir könnte schon einmal der Gedanke kommen, dass mein Partner/ meine Partnerin mich am liebsten los sein möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Manchmal denke ich, dass ich meinem Partner/ meiner Partnerin mehr Zuneigung entgegenbringe als er/ sie mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft etwas zu	trifft überwiegend zu	trifft genau zu
0	1	2	3	4

22. Mir ist es wichtig, dass mein Partner/ meine Partnerin, auch wenn wir nicht zusammen sind, in Gedanken möglichst viel bei mir ist.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
23. Selbst meinem Partner/ meiner Partnerin gegenüber behalte ich doch manches lieber für mich alleine.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
24. Ich kann schon mal auf den Gedanken kommen, dass mich mein Partner/ meine Partnerin nur in dem Maße mag, in dem ich seinen/ ihren Erwartungen entspreche.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
25. So wie ich mich kenne, bin ich meinem Partner/ meiner Partnerin gegenüber eher zurückhaltend mit dem, was ich ihm/ ihr von mir zeige.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
26. Auch bei einer vorübergehenden Trennung: mit dem Abschied komme ich nur schwer klar.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
27. Ich muss aufpassen, dass ich meinen Partner/ meine Partnerin mit meinen großen Wünschen nach Zuwendung nicht irritiere.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
28. In der Beziehung zu meinem Partner/ meiner Partnerin erlebe ich öfters heftig wechselnde Gefühle: innige Nähe und Fremdheit, Vertrauen und starke Eifersucht.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
29. Eigentlich hänge ich mit meinen Gefühlen mehr an meinem Partner/ meiner Partnerin als mir lieb ist.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
30. Mir fällt es relativ leicht, mit meinem Partner/ meiner Partnerin über mich und meine Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse zu sprechen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
31. So wie ich mich selber einschätze, kann ich mir kaum vorstellen, dass mich mein Partner/ meine Partnerin akzeptieren kann.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

## 9.5 Fragebogenformat des Bindungsfragebogens (BinFB)

trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft etwas zu	trifft überwiegend zu	trifft genau zu
0	1	2	3	4

1. Ich finde es schön, mich an meine/n Partner/in zu binden.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Ich habe leicht das Gefühl, dass mein/e Partner/in mich vereinnahmen will.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Mein/e Partner/in zögert oft, mir so nahe zu kommen, wie ich es gerne hätte.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Ich mache mir oft Sorgen, dass mein/e Partner/in mich nicht genug mag.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Ich möchte meinem/r Partner/in gefühlsmäßig so nahe wie möglich sein.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Ich fühle mich durch eine intensive Beziehung schnell eingeengt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Ich habe Angst, dass mein/e Partner/in die Beziehung zu mir abbricht.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Ich frage mich manchmal, ob mein/e Partner/in mich genauso intensiv liebt, wie ich ihn/ sie liebe.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Wenn mein/e Partner/in mir zu nahe kommt, gehe ich auf Distanz.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Ich bin gewöhnlich lieber allein, als mit meinem/r Partner/in zusammen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Mein/e Partner/in ist wichtiger für mich als ich für ihn/sie.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. Ich versuche meine/n Partner/in dazu zu bewegen, dass er/sie mehr Zeit mit mir verbringt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Meine allerintimsten Gefühle gehen meinen/e Partner/in nichts an.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14. Mein/e Partner/in will oft, dass ich vertraulicher bin, als es mir angenehm ist.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15. Ich bin besorgt, für meine/n Partner/in nicht genügend wichtig zu sein.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16. Mein großes Bedürfnis nach Aufmerksamkeit wird von meinem/r Partner/in nicht erfüllt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
17. Meinem/r Partner/in erzähle ich durchaus nicht alles über mich.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
18. Wenn ich Ärger habe oder krank bin, möchte ich meine/n Partner/in lieber nicht sehen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
19. Ich mache mir Sorgen darüber, dass meinem/r Partner/in an meiner Freundschaft nichts liegt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
20. Es frustriert mich manchmal, dass mein/e Partner/in mir nicht die Liebe gibt, die ich brauche.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
21. Wie lange sind Sie mit Ihrem/ Ihrer Partner/in zusammen?	Seit ____ Jahren und ____ Monaten				

## 9.6 Fragebogenformat des Relationship Scales Questionnaire (RSQ)

Bitte lesen Sie die folgenden Aussagen und kreuzen Sie an, wie zutreffend die jeweilige Aussage Ihre Gefühle in engen Beziehungen beschreibt. Wählen Sie bitte jeweils eine der 5 Antwortmöglichkeiten:

trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft etwas zu	trifft überwiegend zu	trifft genau zu
0	1	2	3	4

1. Es ist für mich schwer, von anderen abhängig zu sein.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Es ist mir sehr wichtig, mich unabhängig zu fühlen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Es fällt mir leicht, gefühlsmäßig enge Beziehungen zu anderen Menschen einzugehen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Ich möchte möglichst vollkommen mit einem anderen Menschen verschmelzen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Ich fürchte mich davor, verletzt zu werden, wenn ich mir erlaube, anderen zu nahe zu kommen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Ich fühle mich auch ohne enge gefühlsmäßige Beziehungen wohl.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Ich bin mir nicht sicher, ob ich mich bei anderen immer darauf verlassen kann, dass sie da sind, wenn ich sie brauche.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Ich möchte anderen gefühlsmäßig so nahe wie nur irgend möglich sein.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Es beunruhigt mich, allein zu sein.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Mir macht es nichts aus, von anderen Menschen abhängig zu sein.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Ich mache mir häufig Sorgen, dass andere Menschen mich nicht wirklich gern haben.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. Mir fällt es schwer, anderen Menschen völlig zu vertrauen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Es beunruhigt mich, wenn mir andere zu nahe kommen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14. Ich möchte gefühlsmäßig enge Beziehungen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15. Ich fühle mich wohl, wenn andere von mir abhängig sind.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16. Ich mache mir Sorgen, dass andere mich nicht so sehr schätzen, wie ich sie.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
17. Menschen sind nie da, wenn man sie braucht.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
18. Meine Sehnsucht, mit anderen völlig zu verschmelzen, schreckt manchmal Personen ab.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
19. Für mich ist es sehr wichtig, keinen anderen Menschen zu brauchen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
20. Ich werde nervös, wenn mir irgendwer zu nahe kommt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
21. Häufig Sorge ich mich darum, dass mein/e Partner/in nicht bei mir bleiben will.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
22. Ich mag es nicht, wenn andere Menschen von mir abhängig sind.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
23. Ich fürchte mich davor, verlassen zu werden.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
24. Ich fühle mich unwohl, wenn ich anderen nahe bin.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
25. Ich bemerke, dass es anderen Menschen widerstrebt, so enge Beziehungen einzugehen, wie ich sie wünsche.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
26. Ich möchte nicht von anderen Menschen abhängig sein.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
27. Ich weiß, dass andere für mich da sind, wenn ich sie brauche.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
28. Ich habe die Sorge, andere Menschen könnten mich nicht akzeptieren.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
29. Partner/innen wollen häufig eine engere Beziehung mit mir, als es mir selbst lieb ist.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
30. Mir fällt es einigermaßen leicht, anderen nahe zu kommen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

## 9.7 Fragebogenformat der Allgemeinen Depressionsskala (ADS)

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen jeweils die Antwortmöglichkeit an, die Ihrem Befinden während der letzten 7 Tage am ehesten entsprochen hat. Wählen Sie bitte jeweils eine der vier Antwortmöglichkeiten:

kaum oder überhaupt nicht (weniger als 1 Tag)	manchmal (1 bis 2 Tage lang)	öfters (3 bis 4 Tage lang)	meistens oder die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)
0	1	2	3

### Während der letzten 7 Tage...

1. ... haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. ... hatte ich kaum Appetit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. ... konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/ Familie versuchten aufzumuntern.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. ... kam ich mir genau so gut vor wie andere.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. ... hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. ... war ich deprimiert/ niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. ... war alles anstrengend für mich.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. ... dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. ... dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10. ... hatte ich oft Angst.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
11. ... habe ich schlecht geschlafen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
12. ... war ich fröhlich gestimmt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
13. ... habe ich weniger als sonst geredet.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14. ... fühlte ich mich einsam.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15. ... waren die Leute unfreundlich zu mir.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
16. ... habe ich das Leben genossen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
17. ... mußte ich manchmal weinen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18. ... war ich traurig.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
19. ... hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
20. ... konnte ich mich zu nichts aufraffen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

## 9.8 Fragebogenformat der Münchner Ereignisliste (MEL)

Zuletzt möchten wir Sie bitten, Angaben zu Ereignissen und Lebenssituationen zu machen, die in den letzten 12 Monaten aufgetreten sein könnten.

Falls ein Ereignis aus der nachfolgenden Liste in den letzten 6 Monaten bei Ihnen eingetreten sein sollte, machen Sie bitte ein Kreuz im entsprechenden Kästchen der Spalte „**Trat ein**“ bei „**ja, im letzten ½ Jahr** ☐ 0-6“. Liegt das Ereignis bereits über 6 Monate zurück, kreuzen Sie bitte an: „**ja, vor über ½ Jahr** ☐ 7-12“. (Wenn das Ereignis mehr als einmal in einem betreffenden Zeitraum auftrat, schreiben Sie bitte die zutreffende Anzahl in das Kästchen, z. B. bei 2 mal in den letzten 6 Monaten: ☐ 0-6).

Bitte beantworten Sie bei eingetretenen Ereignissen nachfolgend auch, inwieweit das jeweilige Ereignis vorhersehbar für Sie war und wie belastend Sie das Ereignis (bzw. die wiederholten Ereignisse durchschnittlich) empfunden haben. Benutzen Sie dafür bitte die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten in derselben Zeile.

<b>Ereignisse im vergangenen Jahr</b>	<b>Trat ein</b>	<b>Das Ereignis war für mich...</b>				
<b>1. Ausbildung bzw. Studium</b>						
Sie haben eine Ausbildung angefangen/ wiederaufgenommen (z.B. Studium, Lehre, außerbetriebliche Umschulung,)	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Sie haben eine Ausbildung abgeschlossen oder eine Abschlussprüfung bestanden (Lehre, Abitur, Staatsexamen)	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Sie haben eine Abschlussprüfung nicht bestanden oder eine Ausbildung abgebrochen (Gesellenprüfung, Studium, Staatsexamen)	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Ihr Ehemann/-frau hat eine wichtige Ausbildung abgeschlossen oder eine Abschlussprüfung bestanden	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Ihr Ehemann/-frau hat eine wichtige Ausbildung abgebrochen oder eine Abschlussprüfung nicht bestanden	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Gab es noch ein anderes, bisher nicht erwähntes, für Sie sehr wichtiges Ausbildungsereignis? Welches? _____	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
<b>2. Beruf und Haushalt</b>						
Sie haben Ihren Arbeitsplatz (Stelle, die länger als 3 Monate ausgeführt wurde) verloren/es ist Ihnen gekündigt worden	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5

<b>Ereignisse im vergangenen Jahr</b>	<b>Trat ein</b>	<b>Das Ereignis war für mich...</b>					
Sie haben Ihren Arbeitsplatz (Stelle, die länger als 3 Monate ausgeführt wurde) auf eigenen Wunsch aufgegeben/gekündigt	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Sie haben eine neue Arbeitsstelle begonnen	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Sie haben Ihre Berufstätigkeit nach längerer Pause (mindestens 3 Jahre) wieder aufgenommen	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Sie sind in den Ruhestand gegangen (Rente, Pension)	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Sie sind befördert, beruflich aufgestiegen oder haben bedeutenden beruflichen Erfolg gehabt	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Sie sind beruflich abgestiegen oder haben sehr schweren beruflichen Misserfolg gehabt	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Sie mussten sich auf eine völlig neue Tätigkeit, bzw. Aufgabenbereich am Arbeitsplatz einstellen	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Durch einen Kollegen- bzw. Vorgesetztenwechsel an Ihrer Arbeitsstelle haben sich Ihre gewohnten Arbeitsbedingungen erheblich verändert	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Sie sind 3 Monate oder mehr arbeitslos/arbeitssuchend gewesen	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Sie sind (mindestens 3 Monate) arbeitsunfähig/erwerbsunfähig gewesen (nicht durch seelische Krankheit)	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	

<b>Ereignisse im vergangenen Jahr</b>	<b>Trat ein</b>	<b>Das Ereignis war für mich...</b>				
Sie haben den Wehrdienst/Zivildienst geleistet	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Sie haben an Ihrem Arbeitsplatz über längere Zeit (mindestens 3 Monate) ernste Spannungen/Auseinandersetzungen mit Ihren Kollegen/Vorgesetzten gehabt	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Sie haben sich über längere Zeit (mindestens 3 Monate) von Ihren beruflichen/hausfraulichen Aufgaben überfordert gefühlt	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Ihre berufliche/hausfrauliche Tätigkeit hat Sie über längere Zeit (mindestens 3 Monate) sehr befriedigt und Ihnen ausgesprochen Freude gemacht	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Gab es noch ein anderes, bisher noch nicht erwähntes, für Sie wichtiges berufliches Ereignis? Welches? _____	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
<b>Bitte beantworten Sie folgende Berufsfragen nur, wenn Sie selbst nicht der Hauptverdiener sind:</b>						
Der Hauptverdiener der Familie ist beruflich aufgestiegen oder hat bedeutenden beruflichen Erfolg gehabt	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Der Hauptverdiener der Familie ist beruflich abgestiegen oder hat sehr schweren beruflichen Misserfolg gehabt	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Der Hauptverdiener der Familie ist (3 Monate oder länger) arbeitslos gewesen	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Gab es noch ein anderes, bisher noch nicht erwähntes, berufliches Ereignis des Hauptverdieners, das sich erheblich auf Ihr Leben ausgewirkt hat? Welches? _____	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5



<b>Ereignisse im vergangenen Jahr</b>	<b>Trat ein</b>	<b>Das Ereignis war für mich...</b>				
<b>3. Ehe und Liebes- bzw. Partnerbeziehung mit sexuellem Kontakt</b>						
Sie haben eine Liebes/Partnerbeziehung (von mindestens 3 Monaten Dauer) mit einem neuen Partner/Partnerin begonnen	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6 ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1	kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
		nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4 extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Sie sind mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin zusammen in eine Wohnung gezogen	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6 ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1	kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
		nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4 extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Sie (oder Ihre Partnerin/Ihr Partner) haben die Partnerbeziehung (nach mindestens 3 Monaten Dauer) abgebrochen/beendet	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6 ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1	kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
		nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4 extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Sie haben geheiratet	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6 ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1	kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
		nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4 extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Sie, bzw. Ihre Partnerin/Ihr Partner haben die Scheidung eingereicht	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6 ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1	kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
		nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4 extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Sie haben eine Zeitlang (mindestens 3 Monate) von Ihrer Partnerin/Ihrem Partner getrennt gelebt/ gewohnt (z. B. aus beruflichen Gründen)	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6 ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1	kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
		nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4 extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Sie haben eine Zeitlang (mindestens 3 Monate) von Ihrer Partnerin/Ihrem Partner getrennt gelebt/ gewohnt ausschließlich wegen Partnerschaftsschwierigkeiten	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6 ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1	kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
		nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4 extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Sie sind nach einer Trennung (mindestens 3 Monate) wieder mit Ihrer Partnerin/Ihrem Partner zusammengezogen	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6 ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1	kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
		nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4 extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Sie haben erfahren, dass Ihre Partnerin /Ihr Partner eine zusätzliche sexuelle Beziehung hat	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6 ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1	kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
		nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4 extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	

<b>Ereignisse im vergangenen Jahr</b>	<b>Trat ein</b>	<b>Das Ereignis war für mich...</b>				
Sie haben über längere Zeit (mindestens 3 Monate) keine feste Partnerbeziehung gehabt	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Sie haben längere Zeit (3 Monate oder mehr) unter fehlendem sexuellen Kontakt gelitten	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
In Ihrer Liebes/Partnerbeziehung hat es über längere Zeit (mindestens 3 Monate) sehr schwere Auseinandersetzungen/ Spannungen gegeben	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Sie sind über einen längeren Zeitraum (mindestens 3 Monate) mit Ihrer Liebes-/ Partnerbeziehung sehr zufrieden gewesen	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Gab es noch ein anderes, bisher noch nicht erwähntes, für Sie sehr wichtiges Ereignis in Ihrer Partner/Liebesbeziehung? Welches? _____	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
<b>4. Schwangerschaft/ Kinder</b>						
Sie haben erfahren, dass Sie (Ihre Partnerin) schwanger geworden sind (ist)	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Sie (Ihre Partnerin) haben (hat) ein gesundes Kind geboren	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Sie (Ihre Partnerin) haben (hat) ein geistig oder körperlich behindertes Kind geboren	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Sie (Ihre Partnerin) haben (hat) eine Totgeburt/Fehlgeburt gehabt	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5

<b>Ereignisse im vergangenen Jahr</b>	<b>Trat ein</b>	<b>Das Ereignis war für mich...</b>				
Sie (Ihre Partnerin) musste(n) sich einer Schwangerschaftsunterbrechung unterziehen	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Ihr Kind ist aus dem Elternhaus ausgezogen (z. B. wegen Heirat, Streit, aus beruflichen Gründen)	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Sie mussten sich von Ihrem Kind trennen (1 Jahr oder länger – oder auf Dauer), z. B. wegen Krankheit oder Scheidung	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Durch Trennung von Ihrem Partner/Ihrer Partnerin ist der Umgang zu Ihrem Kind deutlich eingeschränkt worden	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Schwerwiegende Probleme/ Auseinandersetzungen mit Ihrem Kind/Ihren Kindern (z. B. Erziehung, Schule) haben Sie über längere Zeit (mindestens 3 Monate) sehr stark belastet	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Ihr Kind/Ihre Kinder haben Ihnen über einen längeren Zeitraum (mindestens 3 Monate) ausgesprochen Freude bereitet	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Gab es noch ein anderes, bisher noch nicht erwähntes, für Sie sehr wichtiges Ereignis in Ihrer Partner/Liebesbeziehung? Welches? _____	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
<b>5. Eltern/ Familie</b>						
Sie sind aus dem Elternhaus ausgezogen	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Sie haben über längere Zeit sehr schwere Auseinandersetzungen/ Spannungen mit Ihren Eltern/Schwiegereltern gehabt (Kinderbetreuung, Zusammenleben u. a.)	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5

<b>Ereignisse im vergangenen Jahr</b>	<b>Trat ein</b>	<b>Das Ereignis war für mich...</b>					
Sie haben über einen längeren Zeitraum eine außerordentlich gute Beziehung zu Ihren Eltern/ Schwiegereltern gehabt (z.B. Unterstützung bei seelischen und materiellen Problemen, Übereinstimmung in Lebensfragen)	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Sie sind nach längerer Zeit (1 Jahr oder mehr) wieder in das Elternhaus eingezogen	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Sie hatten längere Zeit (3 Monate oder länger) sehr schwere Auseinandersetzungen/ Spannungen mit Angehörigen ( <u>nicht Eltern, Partner oder Kinder</u> ), mit denen Sie zusammenleben	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Gab es noch ein anderes, bisher noch nicht erwähntes, für Sie persönlich sehr wichtiges Ereignis im Zusammenhang mit Ihrer Familie? Welches? _____	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
<b>6. Soziale Kontakte/ Freizeitaktivitäten</b>							
Sie haben eine länger dauernde (mindestens 3 Monate) Freundschaft begonnen (auch Verwandte, <u>nicht aber Eltern, Partner oder Kinder</u> )	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Eine länger dauernde Freundschaft (von 3 Monaten oder länger) ist auseinander gegangen	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Sie haben seit längerer Zeit keinen guten Freund, dem Sie auch persönliche Probleme anvertrauen können	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Sie mussten Ihre Freizeitaktivitäten stark einschränken (z.B. Garten, Sport, Reisen, Lesen, Vereine, Ausgehen, Musik, Spaziergänge)	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Ihre Freizeitaktivitäten haben stark zugenommen (z.B. Garten, Sport, Reisen, Lesen, Vereine, Ausgehen, Musik, Spaziergänge)	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	

<b>Ereignisse im vergangenen Jahr</b>	<b>Trat ein</b>	<b>Das Ereignis war für mich...</b>					
Schwierigkeiten im Zusammenhang mit Ihrem Freundeskreis haben Sie über einen längeren Zeitraum (mindestens 3 Monate) außerordentlich belastet.	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Die Kontakte zu Ihren Freunden sind über einen längeren Zeitraum (3 Monate) äußerst befriedigend gewesen	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Gab es noch andere, bisher nicht erwähnte, für Sie sehr wichtige Veränderung in Ihrem Freundeskreis/ sozialen Kontakten? Welche? _____	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
<b>7. Todesfälle bei nahen Angehörigen</b>							
Ihre Partnerin/Ihr Partner bzw. Ehefrau/Ehemann ist gestorben	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Ihr Kind (auch im Haushalt lebendes Stief- oder Adoptivkind) ist gestorben	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Ihr Vater/Ihre Mutter ist gestorben	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Ein wichtiger Freund oder Verwandter, zu dem Sie eine besonders enge Beziehung und häufigen Kontakt hatten, ist gestorben	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
<b>8. Wohnung</b>							
Sie haben Ihre Wohnung gewechselt	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	
Sie haben ein Haus gebaut/einen größeren Umbau durchgeführt	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3	
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5	

<b>Ereignisse im vergangenen Jahr</b>	<b>Trat ein</b>	<b>Das Ereignis war für mich...</b>				
Sie haben seit längerer Zeit (mindestens 1 Jahr) in äußerst schlechten Wohnverhältnissen gelebt	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Gab es noch ein anderes, bisher noch nicht erwähntes, für Sie sehr wichtiges Ereignis im Zusammenhang mit Ihrer Wohnsituation? Welches?	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
<b>9. Finanzielles</b>						
Ihre finanzielle Situation hat sich erheblich verbessert (z. B. durch Erbschaft, übertarifliche Einkommenserhöhung, geschäftliche Erfolge)	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Ihre finanzielle Situation hat sich erheblich verschlechtert (z.B. durch Berufswechsel, Aufgabe der Berufstätigkeit, finanzielle Zurückstufung, geschäftliche Misserfolge)	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Sie haben seit längerer Zeit (mindestens 3 Monate) große finanzielle Schwierigkeiten (z. B. zu niedriges Einkommen, Rückzahlung von Schulden)	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Gab es im finanziellen Bereich noch ein anderes, bisher noch nicht erwähntes, für Sie sehr wichtiges Ereignis? Welches? _____	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
<b>10. Gericht/ Gesetzesverletzung</b>						
Sie sind wegen einer Gesetzesverletzung mit einer hohen finanziellen Buße oder Gefängnis bestraft worden	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Sie sind seit längerer Zeit in ein Gerichtsverfahren verwickelt (3 Monate oder länger)	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Gab es im Zusammenhang mit dem Gericht/Polizei noch ein anderes, bisher noch nicht erwähntes, für Sie sehr wichtiges Ereignis? Welches? _____	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5

<b>Ereignisse im vergangenen Jahr</b>	<b>Trat ein</b>	<b>Das Ereignis war für mich...</b>				
<b>11. Gesundheit/Krankheit</b>						
Sie mussten wegen einer sehr schweren körperlichen Erkrankung oder wegen eines Unfalles stationär in ein Krankenhaus	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Sie standen aufgrund einer sehr schweren, länger anhaltenden (3 Monate oder länger) körperlichen Erkrankung in ärztlicher Behandlung	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Ein enger Angehöriger (Kind, Partner, Elternteil, Geschwister) musste wegen einer sehr schweren körperlichen oder seelischen Erkrankung oder eines Unfalles stationär in ein Krankenhaus	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Ein enger Angehöriger (Kind, Partner, Elternteil, Geschwister) steht seit längerer Zeit (3 Monate oder mehr) wegen einer sehr schweren körperlichen oder seelischen Erkrankung in ärztlicher Behandlung	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Sie wurden durch die Betreuung oder Pflege eines engen Angehörigen (Kind, Partner, Elternteil, Geschwister) zeitlich sehr beansprucht	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5
Gab es noch ein anderes, bisher noch nicht erwähntes, für Sie sehr wichtiges Ereignis im Zusammenhang mit Ihrer Gesundheit? Welches? _____	ja, im letzten ½ Jahr <input type="checkbox"/> 0-6	langfristig vorhersehbar (über 3 Monate) <input type="checkbox"/> 1		kurzfristig vorhersehbar (weniger als 3 Monate) <input type="checkbox"/> 2		nicht vorhersehbar (weniger als 1 Woche) <input type="checkbox"/> 3
	ja, vor über ½ Jahr <input type="checkbox"/> 7-12	nicht belastend <input type="checkbox"/> 1	leicht belastend <input type="checkbox"/> 2	deutlich belastend <input type="checkbox"/> 3	stark belastend <input type="checkbox"/> 4	extrem stark belastend <input type="checkbox"/> 5

## 9.9 Fragebogenformat: Erhebung soziodemografischer Angaben

*Ihre Code-Nummer:*

**Heutiges Datum?**

			2	0	0	3
--	--	--	---	---	---	---

Tag

Monat

Jahr

**Ihr Geschlecht ?**

- ☐ Männlich  
☐ Weiblich

**Ihr Geburtsjahr ?**

1	9		
---	---	--	--

**Welcher Nationalität gehören Sie an?**

- ☐ Deutsch  
☐ Deutscher Übersiedler/ Spätaussiedler  
 Jahr der Übersiedlung: \_\_\_\_\_  
☐ Andere Nationalität: \_\_\_\_\_  
 (welche?) \_\_\_\_\_

**Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?**

(Bei Ausbildungen im Ausland  
 bitte Vergleichbares wählen)

- ☐ Noch in der Schule  
☐ Kein Schulabschluss  
☐ Sonderschulabschluss  
☐ Hauptschul-/ Volksschulabschluss  
☐ Realschulabschluss/ Polytechn. Oberschule  
☐ Fachabitur/ Abitur  
☐ Fachhochschule/ Universität

**Wie ist Ihr aktueller Familienstand?**

(Mehrfach-Ankreuzungen möglich)

- ☐ Ledig  
☐ Verheiratet  
☐ Getrennt lebend  
☐ Geschieden  
☐ Verwitwet  
☐ Wieder verheiratet

**In welcher Partnersituation leben Sie?**

- ☐ Kurzfristig keinen Partner  
☐ Langfristig/ dauerhaft keinen Partner  
☐ Wechselnde Partner  
☐ Fester Partner (Ehepartner)  
☐ Fester Partner (nicht Ehepartner)

**Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation?**

- ☐ Schüler/ Student/ in Berufsausbildung  
☐ Berufstätig: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit  
☐ Arbeitslos  
☐ Wehr-/ Zivildienst/ freiwilliges soz. oder ökol. Jahr  
☐ Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsrente  
☐ Frührente/ Altersrente/ Pension  
☐ Witwen-/ Witwerrente  
☐ Anderweitig ohne berufliche Beschäftigung



## 9.10 Struktur der LISREL-Syntax zur Analyse der gruppenspezifischen Messmodelle (vgl. Abb. 16)

TI Messmodell ADS Patienten

DA NI=60 NO=265 MA=CM MI= -999999

RA FI= *File-Name der PRELIS-Rohdaten*

LA  
Variablenbezeichnungen

SE  
ads11 ads21 ads13 ads23 ads14 ads24 /

MO NY=6 NE=4 LY=FU,FI PS=SY,FI TE=DI,FR BE=FU,FI TY=FI AL=FI *!Modellkarte*

LE  
ADS\_1 ADS\_2 ADS\_3 MF

VA 1.00 LY(1,1) LY(2,1) LY(3,2) LY(4,2) LY(5,3) LY(6,3) *!essentiell tau-äquivalentes  
!Messmodell*

FR TY(4) TY(6) *!Achsenabschnitte der zweiten Testhälften*  
FR AL(1) AL(2) AL(3) AL(4) *!Achsenabschnitte der latenten Variablen*

VA 1.00 LY(2,4) LY(4,4) LY(6,4) *!Methodenfaktor, Ladungen = 1*  
VA -1.00 LY(1,4) LY(3,4) LY(5,4) *!Methodenfaktor, Ladungen = -1*

FR PS(1,1) PS(2,2) PS(3,3) PS(4,4) *!Varianzen der Eta-Variablen*  
FR PS(1,2) PS(1,3) PS(2,3) *!Kovarianzen zwischen ADS-State-Variablen*  
FR PS(1,4) PS(2,4) PS(3,4) *!Kovarianzen des Methodenfaktors*

PD  
OU ME=ML SS

## 9.11 Struktur der LISREL-Syntax zur Analyse von Gruppenunterschieden in den Messmodellen (vgl. Abb. 16)

Vergleichsgruppe Messmodell ADS Patienten

DA NI=60 NO=260 MA=CM MI= -999999 NG=2

RA FI= *File-Name der PRELIS-Rohdaten (Vergleichsgruppe)*

LA  
Variablenbezeichnungen

SE  
ads11 ads21 ads12 ads22 ads13 ads23 /

MO NY=6 NE=4 LY=FU,FI PS=SY,FI TE=DI,FR BE=FU,FI TY=FI AL=FI      *! !Modellkarte*

LE  
ADS\_1 ADS\_2 ADS\_3 MF

VA 1.00 LY(1,1) LY(2,1) LY(3,2) LY(4,2) LY(5,3) LY(6,3)      *!essentiell tau-äquivalentes Messmodell*

FR TY(4) TY(6)      *!Achsenabschnitte der zweiten Testhälften*  
FR AL(1) AL(2) AL(3) AL(4)      *!Achsenabschnitte der ADS-State-Variablen*

VA 1.00 LY(2,4) LY(4,4) LY(6,4)      *!Methodenfaktor, Ladungen = 1*  
VA -1.00 LY(1,4) LY(3,4) LY(5,4)      *!Methodenfaktor, Ladungen = -1*

FR PS(1,1) PS(2,2) PS(3,3) PS(4,4)      *!Varianzen der Eta-Variablen*  
FR PS(1,2) PS(1,3) PS(2,3)      *!Kovarianzen zwischen ADS-State-Variablen*  
FR PS(1,4) PS(2,4) PS(3,4)      *!Kovarianzen des Methodenfaktors*

PD  
OU ME=ML SC

! \_\_\_\_\_

Patientengruppe

DA NI=9 NO=265 MA=CM MI=-999999

RA FI= FI= *File-Name der PRELIS-Rohdaten (Patientengruppe)*

LA  
Variablenbezeichnungen

SE  
ads11 ads21 ads12 ads22 ads13 ads23 /

MO NY=6 NE=4 LY=IN TE=PS PS=IN TY=PS AL=IN

LE  
ADS\_1 ADS\_2 ADS\_3 MF

FR PS(1,1)      *!Varianz ADS-State-Variable (Prä-Messgelegenheit) frei schätzbar für Patienten*  
FR PS(2,2)      *!Varianz ADS-State-Variable (Post-Messgelegenheit) frei schätzbar für Patienten*  
FR PS(3,3)      *!Varianz ADS-State-Variable (Katamnese) frei schätzbar für Patienten*  
FR PS(4,4)      *!Varianz Methodenfaktor frei schätzbar für Patienten*  
FR PS(1,2)      *!Kovarianz ADS1-ADS2 frei schätzbar für Patienten*  
FR PS(1,3)      *!Kovarianz ADS1-ADS3 frei schätzbar für Patienten*

---

FR PS(2,3)	<i>!Kovarianz ADS2-ADS3 frei schätzbar für Patienten</i>
FR AL(1)	<i>!Mittelwert ADS-State-Variable (Prä-Messgelegenheit) frei schätzbar für Patienten</i>
FR AL(2)	<i>!Mittelwert ADS-State-Variable (Post-Messgelegenheit) frei schätzbar für Patienten</i>
FR AL(3)	<i>!Mittelwert ADS-State-Variable (Katamnese) frei schätzbar für Patienten</i>
PD	
OU ME=ML SC	

## 9.12 Struktur der LISREL-Syntax zur Analyse der gruppenspezifischen Differenzvariablen-Messmodelle (vgl. Abb. 17)

TI TIC-Messmodell ADS Patienten

DA NI=60 NO=265 MA=CM MI=-999999

RA FI= *File-Name der PRELIS-Rohdaten*

LA

*Variablenbezeichnungen*

SE

ads11 ads21 ads12 ads22 ads13 ads23 /

MO NY=6 NE=7 LY=FU,FI PS=SY,FI TE=DI,FR BE=FU,FI AL=FI TY=FI *!Modellkarte*

LE

ADS\_1 ADS\_2 ADS\_3 MF eta1 eta 2-1 eta3-2

VA 1.00 LY(1,1) LY(2,1) LY(3,2) LY(4,2) LY(5,3) LY(6,3) *!essentiell tau-äquivalentes !Messmodell*

FR TY(4) TY(6) *!Achsenabschnitte der zweiten Testhälften*

FR AL(1) AL(2) AL(3) AL(4) *!Achsenabschnitte der ADS-State-Variablen*

VA 1.00 LY(2,4) LY(4,4) LY(6,4) *!Methodenfaktor, Ladungen = 1*

VA -1.00 LY(1,4) LY(3,4) LY(5,4) *!Methodenfaktor, Ladungen = -1*

FR PS(4,4) *!Varianz Methodenfaktor*

FR PS(5,5) *!Varianz eta1*

FR PS(6,6) *!Varianz eta2-1*

FR PS(7,7) *!Varianz eta3-2*

FR PS(5,6) PS(5,7) PS(6,7) *!Kovarianzen zwischen den latenten Differenzvariablen*

FR PS(4,5) PS(4,6) PS(5,6) *!Kovarianzen zwischen MF und latenten Differenzvariablen*

VA 1.0 BE(1,5) BE(2,5) BE(3,5) *!Pfad von latenten ADS-State-Variablen auf eta1*

VA 1.0 BE(2,6) BE(3,6) *!Pfad von latenten ADS\_2 und ADS\_3 auf eta2-1*

FR BE(3,7) *!Pfad von ADS\_3 auf eta3-2*

FR AL(5) *!Achsenabschnitt eta1*

FR AL(6) *!Achsenabschnitt eta2-1*

FR AL(7) *!Achsenabschnitt eta3-2*

PD

OU ME=ML SS

### 9.13 Analysen von individuellen Veränderungen über die Zeit in der Substichprobe: Arztpraxispatienten Weimar ( $N = 112$ )

Konstrukte	Varianzen		Mittelwerte		Fit-Statistiken der angepassten Modelle			
	$(\eta_2 - \eta_1)$	$(\eta_3 - \eta_2)$	$\alpha_{6(\eta_2 - \eta_1)}$	$\alpha_{7(\eta_3 - \eta_2)}$	$\chi^2$	$df$	$p$	$RMSEA$
<i>ADS Depressivität</i>	.412*	.478*	-.049	.013	6.94	10	.731	.000
<i>Akzeptanzprobleme</i>	.479*	.411*	-.043	.052	7.86	10	.643	.000
<i>BFPE Öffnungsbereitschaft</i>	.355*	.235*	-.009	.027	7.03	7	.426	.006
<i>Zuwendungsbedürfnis</i>	.265*	.303*	-.040	-.033	8.66	10	.565	.000
<i>Ängstlichkeit</i>	.434*	.391*	-.079	.018	17.95	7	.012	.118
<i>BinFB Vermeidung</i>	.317*	.274*	.014	.036	7.72	7	.358	.030
<i>Sicherheit</i>	.384*	.324*	.012	.010	8.88	7	.262	.049
<i>Ängstlichkeit</i>	.192*	.367*	-.127*	-.071	11.86	6	.065	.093
<i>RSQ Vermeidung</i>	.364*	.345*	.009	.028	3.03	7	.883	.000
<i>Sicherheit</i>	.234*	.356*	.013	.022	4.93	7	.669	.000

\*:  $p < .05$  ( $\chi^2$ -Differenzentest); Angaben entsprechen Quotienten bzgl. der Varianzen: (Varianz latente Differenzvariable) / (Varianz latente Prävariable); bzgl. der Mittelwerte: (Mittelwert latente Differenzvariable) / (Mittelwert latente Prävariable).

## 9.14 Struktur der LISREL-Syntax zur Analyse von Katamnese-Post-Veränderungen in depressiven Beschwerden durch Bindungsmerkmale zu Beginn der Behandlung (vgl. Abb. 18)

TI Prädiktormodell MG1: BFPE-Akzeptanzprobleme (Prä-Messgelegenheit) auf ADS

DA NI=66 NO=265 MA=CM MI=-999999

RA FI= *File-Name der PRELIS-Rohdaten*

LA

*Variablenbezeichnungen*

SE

akzp\_11 akzp\_21 ads11 ads21 ads12 ads22 ads13 ads23 psphjetz alter /

MO NY=10 NE=7 LY=FU,FI PS=SY,FI TE=DI,FR BE=FU,FI *!Modellkarte*

LE

BFPE\_A1 ADS\_1 ADS\_2 ADS\_3 MF\_D AB Alter

VA 1.00 LY(1,1) LY(2,1) *!essentiell tau-äquivalent BFPE-Akzeptanzprobleme*

VA 1.00 LY(3,2) LY(4,2) LY(5,3) LY(6,3) LY(7,4) LY(8,4) *!essentiell tau-äquivalent ADS*

VA 1.00 LY(4,5) LY(6,5) LY(8,5) *!Methodenfaktor, Ladungen = 1*

VA -1.00 LY(3,5) LY(5,5) LY(7,5) *!Methodenfaktor, Ladungen = -1*

VA 1.0 LY(9,6) *!single indicator Ambulante Behandlung (AB)*

FI TE(9,9)

VA 1.0 LY(10,7) *!single indicator Alter*

FI TE(10,10)

FR PS(1,1) PS(2,2) PS(3,3) PS(4,4) PS(5,5) PS(6,6) PS(7,7) *!Varianzen eta-Variablen*

FR PS(1,5) *!Kovarianz Methodenfaktor-Depressivität mit BFPE-Akzeptanzprobleme*

FR PS(6,5) PS(7,5) *!Kovarianz Methodenfaktor-Depressivität mit single indicators*

FR PS(1,2) *!Kovarianz selbe Messgelegenheit BFPE\_A1 – ADS\_1*

FR BE(3,1) BE(4,1) *!Pfade zeitlich nachgeordnet BFPE\_A1 – ADS\_2, ADS\_3*

FR BE(3,2) BE(4,3) *!Pfade zeitlich nachgeordnet ADS\_1 – ADS\_2; ADS\_2 – ADS\_3*

FR PS(4,2) *!Kovarianz ADS\_1 – ADS\_3*

FR BE(6,1) *!Pfad Ambulante Behandlung auf BFPE\_A1*

FR BE(6,3) *!Pfad Ambulante Behandlung auf ADS\_2*

FR BE(4,6) *!Pfad ADS\_3 auf Ambulante Behandlung*

FR BE(4,7) *!Pfad ADS\_3 auf Alter*

FR PS(7,1) *!Kovarianz Alter – BFPE\_A*

FR PS(7,2) *!Kovarianz Alter – ADS\_1*

FR PS(7,3) *!Kovarianz Alter – ADS\_2*

FR PS(6,7) *!Kovarianz Ambulante Behandlung – Alter*

PD

OU ME=ML SC

### 9.15 Koeffizienten (standardisierte Lösung) der Modelle zur Prädiktion von Veränderungen in depressiven Beschwerden durch Bindungsmerkmale zu Beginn der Behandlung

	BFPE			BinFB			RSQ		
	<i>Akzeptanzprobleme</i>	<i>Öffnungsbereitschaft</i>	<i>Zuwendungsbedürfnis</i>	<i>Ängstlichkeit</i>	<i>Vermeidung</i>	<i>Sicherheit</i>	<i>Ängstlichkeit</i>	<i>Vermeidung</i>	<i>Sicherheit</i>
<b>a</b>	.51*	-.39*	.33*	.35*	.26*	-.42*	.50*	.35*	-.61*
<b>b</b>	-.24*	-.01	-.05	-.15*	-.03	.11 <sup>+</sup>	-.27*	-.02	.16*
<b>c</b>	.07	.02	.11	.03	.01	.01	-.02	.01	-.05
<b>d</b>	.06	-.05	.14 <sup>+</sup>	.05	.05	-.08	.19*	-.01	-.12
<b>e</b>	-.02	-.15 <sup>+</sup>	-.03	.00	.20*	-.14 <sup>+</sup>	.09	.09	-.18 <sup>+</sup>
<b>f</b>	.40*	.33*	.40*	.39*	.33*	.33*	.34*	.35*	.27*
<b>g</b>	.16*	.17*	.16*	.18*	.17*	.15*	.10	.12*	.20*
<b>h</b>	-.11 <sup>+</sup>	-.11 <sup>+</sup>	-.11 <sup>+</sup>	-.11 <sup>+</sup>	-.11 <sup>+</sup>	-.11 <sup>+</sup>	-.11 <sup>+</sup>	-.11 <sup>+</sup>	-.11 <sup>+</sup>
<b>i</b>	.16	.19*	.16 <sup>+</sup>	.17*	.17*	.18*	.18*	.17*	.15*
<b>j</b>	.43*	.44*	.43*	.43*	.43*	.43*	.42*	.44*	.43*
<b>k</b>	-.10	-.11	-.10	-.10	-.09	-.09	-.08	-.09	-.11
<b>l</b>	.10	.11	.10	.10	.10	.10	.09	.10	.10
<b>m</b>	.12 <sup>+</sup>	.12 <sup>+</sup>	.12 <sup>+</sup>	.12 <sup>+</sup>	.12 <sup>+</sup>	.12 <sup>+</sup>	.13 <sup>+</sup>	.12 <sup>+</sup>	.13 <sup>+</sup>
<b>n</b>	.30*	.28*	.28*	.29*	.28*	.29*	.32*	.30*	.28*

\*:  $p < .05$ , <sup>+</sup>:  $p < .10$  (jeweils  $\chi^2$ -Differenzentest); zur Bedeutung der Koeffizienten vgl. Abb. 17 im Text.

## 9.16 Struktur der LISREL-Syntax zur Analyse von Katamnese-Post-Veränderungen in depressiven Beschwerden durch Bindungsmerkmale am Ende der Behandlung (vgl. Abb. 19)

TI Prädiktormodell MG2: BFPE-Akzeptanzprobleme (Post-Messgelegenheit) auf ADS

DA NI=66 NO=265 MA=CM MI=-999999

RA FI= *File-Name der PRELIS-Rohdaten*

LA

*Variablenbezeichnungen*

SE

akzp\_11 akzp\_21 akzp\_12 akzp\_22 ads11 ads21 ads12 ads22 ads13 ads23 psphjetz alter /

MO NY=12 NE=9 LY=FU,FI PS=SY,FI TE=DI,FR BE=FU,FI *!Modellkarte*

LE

BFPE\_A1 BFPE\_A2 MF\_B ADS\_1 ADS\_2 ADS\_3 MF\_D AB Alter

VA 1.00 LY(1,1) LY(2,1) *!essentiell tau-äquivalent BFPE\_A1*

VA 1.00 LY(3,2) LY(4,2) *!essentiell tau-äquivalent BFPE\_A2*

VA 1 LY(2,3) LY(4,3) *!Methodenfaktor BFPE\_A, Ladungen = 1*

VA -1 LY(1,3) LY(3,3) *!Methodenfaktor BFPE\_A, Ladungen = -1*

VA 1.00 LY(5,4) LY(6,4) LY(7,5) LY(8,5) LY(9,6) LY(10,6) *!essentiell tau-äquivalent ADS*

VA 1.0 LY(6,7) LY(8,7) LY(10,7) *!Methodenfaktor ADS, Ladungen = 1*

VA -1.0 LY(5,7) LY(7,7) LY(9,7) *!Methodenfaktor ADS, Ladungen = -1*

VA 1.0 LY(11,8) *!single indicator Ambulante Behandlung (AB)*

FI TE(11,11)

VA 1.0 LY(12,9) *!single indicator Alter*

FI TE(12,12)

FR PS(1,1) PS(2,2) PS(3,3) PS(4,4) PS(5,5) PS(6,6) PS(7,7) PS(8,8) PS(9,9) *!Varianzen eta-Variablen*

FR PS(4,3) PS(5,3) PS(6,3) *!Kovarianz Methodenfaktor-BFPE\_A mit ADS*

FR PS(3,8) PS(3,9) *!Kovarianz Methodenfaktor-BFPE\_A mit single indicators*

FR PS(7,8) PS(7,9) *!Kovarianz Methodenfaktor-ADS mit single indicators*

FR PS(1,7) PS(2,7) *!Kovarianz Methodenfaktor-ADS mit Bindungsmerkmalen*

FR PS(1,4) PS(2,5) *!Kovarianzen selbe Messgelegenheit BFPE\_A1 – ADS\_1, BFPE\_2 – ADS\_2*

FR BE(3,1) BE(4,1) *!Pfade zeitlich nachgeordnet BFPE\_A1 – ADS\_2, ADS\_3*

FR BE(5,4) BE(6,5) *!Pfade zeitlich nachgeordnet ADS\_1 – ADS\_2; ADS\_2 – ADS\_3*

FR PS(4,6) *!Kovarianz ADS\_1 – ADS\_3*

FR BE(2,1) *!Pfad zeitlich nachgeordnet BFPE\_A2 auf BFPE\_A1*

FR BE(5,1) *!Pfad zeitlich nachgeordnet ADS\_2 auf BFPE\_A1*

FR BE(2,4) *!Pfad zeitlich nachgeordnet BFPE\_A2 auf ADS\_1*

FR BE(6,2) *!Pfad zeitlich nachgeordnet ADS\_3 auf BFPE\_A2*

FR PS(1,9) *!Kovarianz BFPE\_A1 – Alter*

FR PS(2,9) *!Kovarianz BFPE\_A2 – Alter*

FR PS(4,9) *!Kovarianz ADS\_1 – Alter*

FR PS(5,9) *!Kovarianz ADS\_2 – Alter*

FR BE(8,2) *!Pfad Ambulante Behandlung auf BFPE\_A2*

FR BE(8,5) *!Pfad Ambulante Behandlung auf ADS\_2*

FR BE(6,8) *!Pfad von ADS\_3 auf Ambulante Behandlung*



FR BE(6,9)

*!Pfad von ADS\_3 auf Alter*

FR PS(8,9)

*!Kovarianz Ambulante Behandlung – Alter*

PD

OU ME=ML SC

**9.17 Koeffizienten (standardisierte Lösung) der Modelle zur Prädiktion von Veränderungen in depressiven Beschwerden durch Bindungsmerkmale zum Ende der Behandlung.**

	BFPE			BinFB			RSQ		
	<i>Akzeptanzprobleme</i>	<i>Öffnungsbereitschaft</i>	<i>Zuwendungsbedürfnis</i>	<i>Ängstlichkeit</i>	<i>Vermeidung</i>	<i>Sicherheit</i>	<i>Ängstlichkeit</i>	<i>Vermeidung</i>	<i>Sicherheit</i>
<b>a</b>	.50*	-.40*	.31*	.35*	.24*	-.41*	.47*	.33*	-.58*
<b>b</b>	-.23*	.00	-.06	-.14 <sup>+</sup>	-.03	.12 <sup>+</sup>	-.27*	-.02	.17*
<b>c</b>	.56*	.74*	.66*	.55*	.82*	.66*	.69*	.73*	.71*
<b>d</b>	.01	-.14 <sup>+</sup>	-.04	-.01	.20*	-.14 <sup>+</sup>	.07	.14 <sup>+</sup>	.16 <sup>+</sup>
<b>e</b>	.05	.00	-.11	.00	.00	.02	-.13 <sup>+</sup>	.01	.14 <sup>+</sup>
<b>f</b>	.39*	.33*	.40*	.39*	.33*	.32*	.35*	.33*	.28*
<b>g</b>	.18*	.17*	.21*	.19*	.17*	.16*	.14*	.20*	.15*
<b>h</b>	-.11 <sup>+</sup>	-.11 <sup>+</sup>	-.11 <sup>+</sup>	-.11 <sup>+</sup>	-.11 <sup>+</sup>	-.11 <sup>+</sup>	-.11 <sup>+</sup>	-.11 <sup>+</sup>	-.11 <sup>+</sup>
<b>i</b>	.51*	.36*	-.26*	.41*	.19*	-.41*	.41*	.29*	-.50*
<b>j</b>	-.05	.04	.00	.01	-.07	.03	.04	.12 <sup>+</sup>	.05
<b>k</b>	-.09	-.08	-.06	.01	-.06	-.04	.03	.10	-.05
<b>l</b>	.15	-.09	.25*	.04	-.04	-.01	.09	-.04	-.05
<b>m</b>	.14	.13	.16 <sup>+</sup>	.17 <sup>+</sup>	.15	.15	.19 <sup>+</sup>	.12	.11
<b>n</b>	.34*	.40*	.40*	.41*	.47*	.45*	.41*	.45*	.43*
<b>o</b>	-.10	-.10	-.09	-.09	-.10	-.09	-.11	-.08	-.09
<b>p</b>	.10	.10	.11	.10	.11	.10	.09	.11	.11
<b>q</b>	.12 <sup>+</sup>	.12 <sup>+</sup>	.12 <sup>+</sup>	.12 <sup>+</sup>	.13 <sup>+</sup>	.12 <sup>+</sup>	.12 <sup>+</sup>	.13 <sup>+</sup>	.13 <sup>+</sup>
<b>r</b>	.30*	.28*	.28*	.28*	.28*	.28*	.29*	.28*	.29*

\*:  $p < .05$ , <sup>+</sup>:  $p < .10$  (jeweils  $\chi^2$ -Differenzentest); zur Bedeutung der Koeffizienten vgl. Abb. 18 im Text.

## 9.18 Struktur der LISREL-Syntax zur Analyse von Katamnese-Post-Veränderungen in depressiven Beschwerden durch Post-Prä-Veränderungen in Bindungsmerkmalen (vgl. Abb. 20)

TI Prädiktormodell MG2-1: BFPE-Akzeptanzprobleme (Post-Prä-Differenzvariable) auf ADS

DA NI=66 NO=265 MA=CM MI=-999999

RA FI= *File-Name der PRELIS-Rohdaten*

LA

*Variablenbezeichnungen*

SE

akzp\_11 akzp\_21 akzp\_12 akzp\_22 ads11 ads21 ads12 ads22 ads13 ads23 psphjetz alter /

MO NY=12 NE=9 LY=FU,FI PS=SY,FI TE=DI,FR BE=FU,FI *!Modellkarte*

LE

BFPE\_A1 BFPEA2-1 MF\_B ADS\_1 ADS\_2 ADS\_3 MF\_D AB Alter

VA 1.00 LY(1,1) LY(2,1) *!essentiell tau-äquivalent BFPE\_A1*

VA 1.00 LY(3,2) LY(4,2) *!essentiell tau-äquivalent BFPE\_A2-1*

VA 1.00 LY(3,1) LY(4,1)

VA 1 LY(2,3) LY(4,3) *!Methodenfaktor BFPE\_A, Ladungen = 1*

VA -1 LY(1,3) LY(3,3) *!Methodenfaktor BFPE\_A, Ladungen = -1*

VA 1.00 LY(5,4) LY(6,4) LY(7,5) LY(8,5) LY(9,6) LY(10,6) *!essentiell tau-äquivalent ADS*

VA 1.0 LY(6,7) LY(8,7) LY(10,7) *!Methodenfaktor ADS, Ladungen = 1*

VA -1.0 LY(5,7) LY(7,7) LY(9,7) *!Methodenfaktor ADS, Ladungen = 1*

VA 1.0 LY(11,8) *! single indicator Ambulante Behandlung (AB)*

FI TE(11,11)

VA 1.0 LY(12,9) *! single indicator Alter*

FI TE(12,12)

FR PS(1,1) PS(2,2) PS(3,3) PS(4,4) PS(5,5) PS(6,6) PS(7,7) PS(8,8) PS(9,9) *!Varianzen eta-Variablen*

FR PS(4,3) PS(5,3) PS(6,3) *!Kovarianz Methodenfaktor-Bindung mit Depress*

FR PS(3,8) PS(3,9) *!Kovarianz Methodenfaktor-Bindung mit single indicators*

FR PS(7,8) PS(7,9) *!Kovarianz Methodenfaktor-Depressivität mit single indicators*

FR PS(1,7) PS(2,7) *!Kovarianz Methodenfaktor-Depressivität mit Bindungsmerkmalen*

FR PS(1,4) PS(2,5) *!Kovarianzen selbe Messgelegenheit BFPE\_A1 – ADS\_1, BFPE\_2 – ADS\_2*

FR BE(3,1) BE(4,1) *!Pfade zeitlich nachgeordnet BFPE\_A1 – ADS\_2, ADS\_3*

FR BE(5,4) BE(6,5) *!Pfade zeitlich nachgeordnet ADS\_1 – ADS\_2; ADS\_2 – ADS\_3*

FR PS(4,6) *!Kovarianz ADS\_1 – ADS\_3*

FR BE(2,1) *!Pfad zeitlich nachgeordnet BFPE\_A2 auf BFPE\_A1*

FR BE(5,1) *!Pfad zeitlich nachgeordnet ADS\_2 auf BFPE\_A1*

FR BE(2,4) *!Pfad zeitlich nachgeordnet BFPE\_A2 auf ADS\_1*

FR BE(6,2) *!Pfad zeitlich nachgeordnet ADS\_3 auf BFPE\_A2*

FR PS(1,9) *!Kovarianz BFPE\_A1 – Alter*

FR PS(2,9) *!Kovarianz BFPE\_A2 – Alter*

FR PS(4,9) *!Kovarianz ADS\_1 – Alter*

FR PS(8,1) *!Kovarianz Ambulante Behandlung – BFPE\_A1*

FR PS(6,1) *!Kovarianz ADS\_3 – BFPE\_A1*

FR PS(5,9) *!Kovarianz ADS\_2 – Alter*

---

FR BE(8,2)	<i>!Pfad Ambulante Behandlung auf BFPE_A2</i>
FR BE(8,5)	<i>!Pfad Ambulante Behandlung auf ADS_2</i>
FR BE(6,8)	<i>!Pfad von ADS_3 auf Ambulante Behandlung</i>
FR BE(6,9)	<i>!Pfad von ADS_3 auf Alter</i>
FR PS(8,9)	<i>!Kovarianz Ambulante Behandlung – Alter</i>

PD

OU ME=ML SC

**9.19 Koeffizienten (standardisierte Lösung) der Modelle zur Prädiktion von Veränderungen in depressiven Beschwerden durch Post-Prä-Differenzen in Bindungsmerkmale.**

	BFPE			BinFB			RSQ		
	<i>Akzeptanzprobleme</i>	<i>Öffnungsbereitschaft</i>	<i>Zuwendungsbedürfnis</i>	<i>Ängstlichkeit</i>	<i>Vermeidung</i>	<i>Sicherheit</i>	<i>Ängstlichkeit</i>	<i>Vermeidung</i>	<i>Sicherheit</i>
<b>a</b>	.50*	-.40*	.31*	.35*	.25*	-.41*	.48*	.32*	-.59*
<b>b</b>	.15	-.09	.28*	.04	-.05	-.01	.14	-.05	-.05
<b>c</b>	-.23*	.01	-.05	-.14 <sup>+</sup>	-.03	.12 <sup>+</sup>	-.26*	-.01	.17*
<b>d</b>	-.01	-.01	.04	-.04	-.03	.03	-.07	.05	.00
<b>e</b>	-.54*	-.48*	-.51*	-.62*	-.44*	-.48*	-.39*	-.53*	-.35*
<b>f</b>	-.01	-.14 <sup>+</sup>	-.04	-.01	.20*	-.14 <sup>+</sup>	.08	.14 <sup>+</sup>	.15 <sup>+</sup>
<b>g</b>	-.05	.00	-.12	.00	.01	.03	-.14	.01	.16 <sup>+</sup>
<b>h</b>	.39*	.33*	.40*	.39*	.34*	.32*	.35*	.33*	
<b>i</b>	.25*	.21*	.30*	.20*	.15 <sup>+</sup>	.15 <sup>+</sup>	.15	.19*	.13
<b>j</b>	-.11 <sup>+</sup>	-.12 <sup>+</sup>	-.11 <sup>+</sup>	-.11 <sup>+</sup>	-.11 <sup>+</sup>	-.11 <sup>+</sup>	-.11 <sup>+</sup>	-.11 <sup>+</sup>	-.11 <sup>+</sup>
<b>k</b>	.54*	-.47*	.28*	.39*	.31*	-.47*	.46*	.36*	-.58*
<b>l</b>	-.05	.05	-.01	.01	-.12	.03	.05	-.16*	.06
<b>m</b>	-.06	-.10	-.03	-.07	.11	.01	-.02	-.04	.01
<b>n</b>	.15	-.06	.26*	.01	-.19*	.08	-.07	.00	.10
<b>o</b>	.21*	.15	.19*	.19*	.15 <sup>+</sup>	.18 <sup>+</sup>	.20*	.17 <sup>+</sup>	.18 <sup>+</sup>
<b>p</b>	.33*	.41*	.34*	.42*	.50*	.48*	.47*	.45*	
<b>q</b>	-.10	-.10	-.09	-.10	-.10	-.08	-.08	-.11	-.08
<b>r</b>	.10	.11	.10	.10	.11	.11	.10	.10	.10
<b>s</b>	.13 <sup>+</sup>	.12 <sup>+</sup>	.13 <sup>+</sup>	.12 <sup>+</sup>	.14*	.13 <sup>+</sup>	.13 <sup>+</sup>	.12 <sup>+</sup>	.12 <sup>+</sup>
<b>t</b>	.26*	.28*	.27*	.28*	.27*	.29*	.29*	.28*	.28*

\*:  $p < .05$ , <sup>+</sup>:  $p < .10$  (jeweils  $\chi^2$ -Differenzentest); zur Bedeutung der Koeffizienten vgl. Abb. 19 im Text.

### 9.20 Koeffizienten (standardisierte Lösung) der Modelle zur Prädiktion von Veränderungen in depressiven Beschwerden durch Bindungsmerkmale in der Vergleichsgruppe

	BFPE			BinFB			RSQ		
	<i>Akzeptanzprobleme</i>	<i>Öffnungsbereitschaft</i>	<i>Zuwendungsbedürfnis</i>	<i>Ängstlichkeit</i>	<i>Vermeidung</i>	<i>Sicherheit</i>	<i>Ängstlichkeit</i>	<i>Vermeidung</i>	<i>Sicherheit</i>
<b>a</b>	.74*	-.46*	.37*	.66*	.47*	-.69*	.69*	.33*	-.64*
<b>b</b>	.06	.26*	.26*	.13 <sup>+</sup>	.29*	.15*	.11	.35*	.18*
<b>c</b>	-.07	-.08	-.03	.00	.03	-.02	-.11	.17*	.00
<b>d</b>	.44*	-.20*	.25*	.39*	.12	-.31*	.43*	-.02	-.29*
<b>e</b>	.23*	-.16*	.13 <sup>+</sup>	.26*	.14*	-.24*	.35*	.12 <sup>+</sup>	-.30*
<b>f</b>	.08	.01	.09	.19*	-.03	-.11	.22	-.01	-.16*
<b>g</b>	.67*	.73*	.69*	.60*	.74*	.65*	.57*	.73*	.63*
<b>h</b>	.05	.12 <sup>+</sup>	.14 <sup>+</sup>	.07	.12 <sup>+</sup>	.06	.03	.14 <sup>+</sup>	.06
<b>i</b>	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
<b>j</b>	-.09	-.05	-.07	-.12	-.05	-.07	-.14	-.06	-.08
<b>k</b>	.45*	.46*	.45*	.41*	.46*	.43*	.38*	.46*	.40*
<b>l</b>	-.08	-.09	-.08	-.09	-.09	-.09	-.06	-.09	-.09
<b>m</b>	-.07	-.13 <sup>+</sup>	-.09	-.11	-.11	-.12 <sup>+</sup>	-.06	-.10	-.11
<b>n</b>	.17*	.23*	.23*	.18*	.25*	.20*	.15*	.27*	.20*
<b>o</b>	.20*	.17*	.19*	.18*	.18*	.18*	.22*	.17*	.18*

\*:  $p < .05$ , <sup>+</sup>:  $p < .10$  (jeweils  $\chi^2$ -Differenzentest); zur Bedeutung der Koeffizienten vgl. Abb. 20 im Text.

**9.21 Vergleich der Varianzen der latenten Differenzvariablen zwischen der Patientengruppe, der Vergleichsgruppe und der Substichprobe der 80 am stärksten depressiven Probanden aus der Vergleichsgruppe.**

Konstrukte		Varianzen Patientengruppe		Varianzen Vergleichsgruppe		Varianzen Substichprobe (n = 80)	
		( $\eta_2 - \eta_1$ )	( $\eta_3 - \eta_2$ )	( $\eta_2 - \eta_1$ )	( $\eta_3 - \eta_2$ )	( $\eta_2 - \eta_1$ ) <sup>a</sup>	( $\eta_3 - \eta_2$ ) <sup>a</sup>
<i>ADS</i>	<i>Depressivität</i>	.382	.340	.120	.161	.123*	.218 <sup>+</sup>
<i>BFPE</i>	<i>Akzeptanzprobleme</i>	.617	.501	.238	.250	.299*	.293*
	<i>Öffnungsbereitschaft</i>	.361	.397	.159	.194	.278	.344
	<i>Zuwendungsbedürfnis</i>	.491	.281	.153	.219	.155*	.296
<i>BinFB</i>	<i>Ängstlichkeit</i>	.720	.762	.235	.395	.390*	.363*
	<i>Vermeidung</i>	.216	.353	.084	.158	.086*	.232
	<i>Sicherheit</i>	1.112	1.518	.399	.715	.614*	.791*
<i>RSQ</i>	<i>Ängstlichkeit</i>	.596	.433	.225	.228	.325*	.435
	<i>Vermeidung</i>	.223	.271	.081	.126	.125 <sup>+</sup>	.078*
	<i>Sicherheit</i>	.878	.925	.335	.441	.490*	.494*

\*:  $p < .05$ , +:  $p < .10$  ((jeweils  $\chi^2$ -Differenzentest); <sup>a</sup>: Signifikanzangaben beziehen sich auf Vergleiche zwischen Substichprobengruppe und Patienten.

**9.22 Prädiktion von Post-Katamnese-Depressivitätsveränderungen in der Substichprobe der 80 am stärksten depressiven Probanden aus der Vergleichsgruppe.**

	BFPE			BinFB			RSQ		
	<i>Akzeptanzprobleme</i>	<i>Öffnungsbereitschaft</i>	<i>Zuwendungsbedürfnis</i>	<i>Ängstlichkeit</i>	<i>Vermeidung</i>	<i>Sicherheit</i>	<i>Ängstlichkeit</i>	<i>Vermeidung</i>	<i>Sicherheit</i>
<b>a</b>	.69	-.43	.10	.48	.58	-.66	.69	.44	-.66
<b>b</b>	-.07	.13	.30	.08	.10	-.03	.02	.28	.08
<b>c</b>	.02	-.11	-.11	.14	.08	-.14	.03	.21	-.13
<b>d</b>	.52	-.35	.25	.51	.28	-.48	.53	-.07	-.39
<b>e</b>	.08	-.05	-.04	.20	.09	-.17	.23	.12	-.23
<b>f</b>	.01	.03	.16	.16	-.12	-.04	.15	-.10	-.10
<b>g</b>	.72	.74	.71	.64	.79	.70	.63	.77	.67
<b>h</b>	.00	.04	.03	.00	-.01	-.03	-.05	.00	-.03
<b>i</b>	.26	.26	.27	.26	.27	.26	.26	.25	.26
<b>j</b>	-.11	.10	-.17	-.23	-.07	-.16	-.22	-.14	-.16
<b>k</b>	.47	.46	.51	.41	.50	.45	.41	.49	.41
<b>l</b>	-.07	-.07	-.05	-.07	-.08	-.09	-.05	-.06	-.07
<b>m</b>	-.09	-.15	-.04	-.12	-.14	-.16	-.06	-.09	-.14
<b>n</b>	.23	.25	.27	.18	.25	.19	.17	.26	.19
<b>o</b>	.24	.24	.23	.23	.22	.21	.25	.20	.22

Bedeutung der alphanumerischen Koeffizientenbezeichnungen siehe Abb. 21.



### **Ehrenwörtliche Erklärung**

In Kenntnis der Promotionsordnung der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften erkläre ich hiermit, die von mir eingereichte Dissertation selbst angefertigt und alle Quellen und Hilfsmittel im Text als solche angegeben zu haben. Insbesondere habe ich keine Hilfe eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Über den wissenschaftlichen Austausch mit meinen Betreuern Herrn Prof. Bernhard Strauß und Herrn Prof. Rolf Steyer hinaus wurde in keiner Phase der Herstellung des Manuskripts entgeltliche oder unentgeltliche Hilfe durch Dritte geleistet. Kein Teil dieser Dissertation wurde an einem anderen Ort für eine wissenschaftliche Qualifikationsleistung eingereicht.

Darüber hinaus versichere ich, dass ich an keiner anderen Hochschule ein laufendes Promotionsverfahren anhängig habe, und dieses auch in der Vergangenheit nicht der Fall war.

Ich versichere, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit gesagt und nichts verschwiegen habe.

Jena, den 04.05.2009

---

Helmut Kirchmann